



**Connaissances et réticences à l'utilisation du dispositif  
intra-utérin : enquête descriptive auprès de 150  
patientes consultant un centre hospitalo-universitaire  
parisien et le centre de planification et d'éducation  
familiale de Provins (Seine-et-Marne)**

Tristan Du Mesnil Du Buisson

**► To cite this version:**

Tristan Du Mesnil Du Buisson. Connaissances et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin : enquête descriptive auprès de 150 patientes consultant un centre hospitalo-universitaire parisien et le centre de planification et d'éducation familiale de Provins (Seine-et-Marne). Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01132927>

**HAL Id: dumas-01132927**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01132927>**

Submitted on 18 Mar 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE PARIS DESCARTES  
(PARIS 5)  
FACULTE DE MEDECINE PARIS DESCARTES

Année 2014

N°

**THESE**

Pour le  
DIPLOME D'ETAT  
DE  
DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Monsieur Tristan DU MESNIL DU BUISSON

Né le 23 juin 1987 à Provins

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2014

Connaissances et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin :  
enquête descriptive auprès de 150 patientes consultant un centre  
hospitalo-universitaire parisien et le centre de planification et  
d'éducation familiale de Provins (Seine-et-Marne)

Jury :

Présidente du jury : Madame le Professeur Anne GOMPEL

Directrice de thèse : Madame le Professeur Anne GOMPEL

Monsieur le Professeur Christian PERRONNE

Monsieur le Docteur Robert SOURZAC

Madame le Docteur Monique HORWITZ-GUERIN

## Remerciements

Au Professeur Gompel. Pour avoir accepté de diriger ma thèse et de présider mon jury de thèse.

Au Professeur Perronne. Je vous remercie de me faire l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. J'ai beaucoup apprécié être interne au sein de votre service. Votre humanité et la passion avec laquelle vous exercez l'art de la médecine m'ont impressionné.

Au Docteur Sourzac. Pour me faire l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Je te remercie pour ton enseignement de la relation médecin-patient, facette (compétence devrais-je dire) du médecin généraliste si importante à mes yeux et qui est une remise en question permanente de soi et de sa propre pratique.

Au Docteur Horwitz-Guérin. Chère Monique, votre gentillesse et votre humanité resteront à jamais gravées dans ma mémoire. J'ai particulièrement apprécié toute la considération que vous portez aux internes dont vous avez la charge. Votre pédagogie et la justesse de vos analyses au cours des heures de consultations que nous avons menées ensemble m'ont beaucoup appris sur moi-même.

A tous les docteurs que j'ai pu côtoyer durant mes stages et qui se sont rendus disponibles dans les bons moments comme dans les moments plus difficiles.

A mes co-internes qui m'ont impressionné par leur compétence et leur conscience professionnelle.

A ma belle-mère. Cette thèse n'aurait pu être menée à bien sans votre implication. Je vous remercie pour vos remarques et vos conseils.

A mes parents qui m'ont appris le sens de la responsabilité et du respect.

A mes frères, votre soutien est irremplaçable. Vous êtes des exemples pour moi.

A ma femme. Toi qui m'as accompagné pendant toutes ses années depuis le collège, je te remercie de me supporter tous les jours !

# Table des matières

TABLE DES FIGURES	5
TABLE DES TABLEAUX	6
ABREVIATIONS	7
<b>1 CONTRACEPTION EN FRANCE</b>	<b>10</b>
1.1 CADRE LEGAL	10
1.2 FECONDITE ET CONTRACEPTION	11
1.3 LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN	16
1.3.1 MECANISME D'ACTION	16
1.3.2 EFFICACITE	16
1.3.3 REGLES D'UTILISATION	17
1.4 ENJEUX DE L'AMELIORATION DE L'INFORMATION ET DE L'ACCES A LA CONTRACEPTION DES JEUNES	22
<b>2 PRESENTATION DE L'ETUDE</b>	<b>23</b>
2.1 MATERIEL ET METHODE	23
2.1.1 TYPE D'ETUDE	23
2.1.2 QUESTIONNAIRE	23
2.1.3 POPULATION	24
2.2 ANALYSE DES RESULTATS	24
<b>3 ANALYSE DES RESULTATS</b>	<b>25</b>
3.1 CARACTERISTIQUES DES REpondANTES	25
3.1.1 REPARTITION DES PATIENTES SELON L'AGE	25
3.1.2 REPARTITION DES PATIENTES SELON LE NOMBRE D'ENFANTS	26
3.1.3 REPARTITION DES PATIENTES SELON LE STATUT MARITAL	26
3.1.4 REPARTITION DES PATIENTES SELON LA ZONE D'HABITATION	28
3.1.5 REPARTITION DES PATIENTES SELON L'ORIGINE ETHNIQUE	28
3.1.6 REPARTITION DES PATIENTES SELON LE NIVEAU D'ETUDE	29
3.1.7 REPARTITION DES PATIENTES SELON LA PROFESSION	30
3.2 CONTRACEPTION DES PARTICIPANTES	32
3.3 SUIVI GYNECOLOGIQUE DES PATIENTES	33
3.4 UTILISATRICES DE DIU	35
3.4.1 CARACTERISTIQUES DES UTILISATRICES	35
3.4.2 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES LIEES A L'UTILISATION DU DIU	35
3.4.3 MODALITES D'UTILISATION DU DIU	39
3.5 LE SUJET DU STERILET	40
3.6 SOURCES D'INFORMATION	41
3.7 MOTIF DE CONSEIL DE DIU	44
3.8 CONNAISSANCES DES PATIENTES	44
3.8.1 INDICATIONS DU DIU	44

3.8.2	CONNAISSANCES GLOBALES SUR LE DIU	45
3.9	OPINION GENERALE	46
3.10	RETICENCES	47
4	DISCUSSION	50
4.1	VALIDITE ET BIAIS DE L'ETUDE	50
4.1.1	COMPARAISON AUX DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	50
4.1.2	LIMITES DE L'ETUDE	52
4.2	RESULTATS DE L'ETUDE	53
4.2.1	DONNEES DE LA LITTERATURE	53
4.2.2	SOURCES D'INFORMATION SUR LE DIU	56
4.2.3	LE DIU, UN CHOIX PAR DEFAUT	58
4.2.4	DES PATIENTES OUVERTES A L'IDEE DU DIU	58
4.2.5	LA NECESSAIRE PRISE EN COMPTE DES RETICENCES POUR MIEUX RASSURER ET INFORMER LES PATIENTES	59
4.2.6	UN BON NIVEAU DE CONNAISSANCES SUR LE DIU MALGRE UNE INFORMATION SOUVENT INSUFFISANTE	61
4.3	PERSPECTIVES	62
4.3.1	UN SOCLE DE CONNAISSANCES DES PATIENTES A AMELIORER	62
4.3.2	LE MEDECIN GENERALISTE, UN ACTEUR DE PREMIER PLAN EN MATIERE DE CONTRACEPTION	63
	CONCLUSION	64
	BIBLIOGRAPHIE	65
	ANNEXES	68
	ANNEXE 1 - QUESTIONNAIRE	69
	ANNEXE 2 – TABLEAU DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTES	73
	ANNEXE 3 - TABLEAU DES DIFFERENTES METHODES CONTRACEPTIVES	74
	RESUME	77

## Table des Figures

Figure 1 – Répartition des méthodes de contraception en France en 2010.....	15
Figure 2 – Répartition des méthodes de contraception en France en 2013.....	15
Figure 3 – Répartition des patientes selon l'âge.....	25
Figure 4 – Répartition des patientes selon le nombre d'enfants.....	26
Figure 5 – Répartition des patientes selon le statut marital.....	27
Figure 6 – Répartition des patientes selon la zone d'habitation .....	28
Figure 7 – Répartition des patientes selon l'origine ethnique.....	29
Figure 8 – Répartition des patientes selon le niveau d'étude .....	30
Figure 9 – Répartition des patientes selon la profession.....	31
Figure 10 – Répartition des méthodes de contraception des patientes.....	33
Figure 11 – Répartition des patientes selon le type de suivi gynécologique .....	34
Figure 12 – Profil des utilisatrices de DIU .....	35
Figure 13 – Taux d'utilisatrices de DIU selon le niveau d'études.....	37
Figure 14 – Taux d'utilisatrices de DIU selon l'origine ethnique.....	37
Figure 15 – Taux d'utilisatrices de DIU selon la parité .....	37
Figure 16 – Taux d'utilisatrices de DIU selon l'âge.....	38
Figure 17 – Taux d'utilisatrices de DIU selon le statut marital.....	38
Figure 18 – Hiérarchie des sources d'information déclarées par les patientes .....	41
Figure 19 – Hiérarchie des réticences exprimées par les patientes.....	48

## Table des Tableaux

Tableau 1 - Répartition des différents moyens de contraception utilisés par les patientes...	32
Tableau 2 – Taux d'utilisation du DIU en fonction des caractéristiques sociodémographiques .....	36
Tableau 3 - Modalités d'utilisation du DIU .....	39
Tableau 4 - Avez-vous déjà entendu parlé du DIU ? .....	40
Tableau 5 - Hiérarchie des sources d'information déclarées par sous-groupes .....	42
Tableau 6 - Pour quelle(s) raison(s) vous a-t-on conseillé le DIU ? .....	44
Tableau 7 - Pour quelle(s) raison(s) d'après vous conseille-t-on le DIU ? .....	44
Tableau 8 – Connaissances des patientes sur le DIU .....	45
Tableau 9 - Opinion générale des patientes sur le DIU.....	46
Tableau 10 - Réticences des patientes envers le DIU .....	48
Tableau 11 – Hiérarchie des réticences exprimées par les patientes .....	49
Tableau 12 – Comparaison entre l'échantillon et la population générale selon l'âge .....	50
Tableau 13 – Comparaison entre l'échantillon et la population générale selon la CSP .....	50
Tableau 14 – Comparaison entre l'échantillon et la population générale selon le niveau d'études.....	51
Tableau 15 – Comparaison entre l'échantillon et la population générale selon l'origine ethnique .....	51



## **Abréviations**

AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CHU	Centre hospitalo-universitaire
COP	Contraception oestro-progestative
DIU	Dispositif intra-utérin
DIU-Cu	Dispositif intra-utérin au cuivre
DIU-LNG	Dispositif intra-utérin au Lévonorgestrel
GEU	Grossesse extra-utérine
HAS	Haute autorité de santé
HTA	Hypertension artérielle
IGAS	Inspection générale des affaires sanitaires
IGH	Infection génitale haute
INED	Institut national d'études démographiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds-ratio

## Introduction

La contraception est un problème majeur de santé publique (90,2 % des femmes utilisent un moyen de contraception)(1). Pourtant, il s'agit d'une question source de malentendus, de méconnaissances et, parfois, d'un tabou(2). Ce droit légalisé en 1967 a contribué à répondre à l'évolution du statut de la femme moderne en lui donnant la « liberté de choisir »<sup>1</sup>. Mais au-delà du statut de la femme, la contraception, comme l'avait prédit le sociologue Pierre Bourdieu<sup>2</sup>, a été un facteur de progrès par de nombreux aspects : amélioration des conditions d'éducation des enfants, maintien de l'équilibre de la famille (fécondité choisie et non subie), facilitation du travail des femmes(3).

Sur le plan médical, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la contraception comme : « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. » Cette définition rigoureuse précise le caractère aléatoire de l'efficacité contraceptive (chaque moyen contraceptif est défini par un indice correspondant au taux de grossesses obtenues chez 100 femmes au cours de la première année d'utilisation ou indice de Pearls). Alors qu'une grossesse sur trois est déclarée « non prévue », les deux tiers de ces grossesses sont survenus malgré l'utilisation d'une méthode contraceptive(4)(5). 60% de ces grossesses non désirées aboutissent à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Ce constat illustre la différence entre l'efficacité optimale du moyen utilisé et son efficacité en utilisation réelle. Les facteurs de risque d'échec sont un âge jeune, un faible niveau socioéconomique et les femmes issues de minorités ethniques(6)(7).

En 2013, alors que des moyens importants sont déployés pour faciliter l'accès à l'IVG et à la contraception d'urgence, le nombre d'IVG ne diminue pas (plus de 200 000 par an depuis les années 80) ce qui a été décrit comme le « paradoxe français »(8)(9). Comme le relevait le rapport de l'IGAS en 2009, il n'y a pas de politique homogène de santé publique suffisante pour améliorer l'information et l'accès à la contraception notamment auprès des jeunes.

---

<sup>1</sup> Discours prononcé le 1<sup>er</sup> juillet 1967 par Lucien Neuwirth rapporteur de la loi

<sup>2</sup> Audition de Pierre Bourdieu à l'Assemblée Nationale (27 octobre 1966)

Il apparaît donc indispensable de recentrer l'action publique en faveur de la contraception autour de deux axes : faciliter son accès à tous, et notamment aux plus jeunes, et améliorer la formation des professionnels pour adapter au mieux le mode de contraception.

La question du dispositif intra-utérin (DIU) étudiée dans ce travail de thèse représente une solution alternative intéressante à la contraception hormonale largement plébiscitée (41% des femmes concernées par la contraception l'utilisaient en 2013)(10). Comme nous le verrons plus loin, il s'agit d'une méthode très efficace(6)(11)(12) mais qui reste l'objet de réticences tant auprès des professionnels que des patientes. A contrario, l'actualité récente a mis en lumière les limites de la contraception hormonale en termes de sécurité à travers le risque accru de maladie veineuse thromboembolique des pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération.

Pour ces raisons, il apparaît encore plus impératif d'informer sur les bénéfices et les risques de chaque méthode contraceptive disponible afin de ne pas en désavantager une par rapport à une autre.

Après avoir fait un état des lieux des pratiques contraceptives en France, notre étude s'est attachée à l'identification des réticences et de l'importance des idées reçues ou contre-vérités autour du DIU.

L'objectif principal était de hiérarchiser les réticences des patientes et de mettre en évidence le niveau de connaissance portant sur les caractéristiques essentielles du DIU (efficacité, sécurité, indications, contre-indications).

Dans une deuxième approche, nous avons étudié la place respective des différentes sources d'information notamment des professionnels de santé, le profil des utilisatrices et l'opinion générale des patientes sur le DIU.

# 1 CONTRACEPTION EN FRANCE

## 1.1 Cadre légal

La loi relative à la régulation des naissances autorisant la contraception a été promulguée en 1967 à l'initiative du député Neuwirth. Cette loi annulait de facto la loi du 31 juillet 1920 qui dans un esprit nataliste interdisait l'avortement, toute forme de contraception y compris toute information sur le sujet. Cette nouvelle loi introduit l'obligation de délivrance par le pharmacien et la prescription par un médecin.

En 2013, la contraception en dehors du préservatif est quasi-exclusivement féminine. Les oestro-progestatifs de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération, le Lévonorgestrel seul, le dispositif intra-utérin au cuivre et au Lévonorgestrel, les implants et les diaphragmes sont remboursés à 65% par l'assurance-maladie sur prescription médicale. En cas de prescription datant de moins d'un an, celle-ci peut être renouvelée une fois pour une durée maximale de 6 mois par un pharmacien ou une infirmière.

Ne sont pas remboursables :

- Les oestro-progestatifs de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération, le Désogestrel seul, les capes cervicales, les patchs et les anneaux vaginaux qui sont délivrés sur prescription médicale
- Les spermicides et les préservatifs féminins qui sont délivrés en pharmacie sans prescription médicale
- Les préservatifs masculins qui sont en vente libre (pharmacies, grandes surfaces, distributeurs...)

## 1.2 FECONDITE ET CONTRACEPTION

*Le nombre d'avortement ne baisse pas depuis 30 ans*

Selon l'INED (Prioux et Barbieri, 2012 (13)), le nombre d'interruptions volontaires de grossesses enregistré en 2010 s'élevait à 225 127. Les deux tiers des IVG concernent des femmes qui utilisaient une contraception(14). Aujourd'hui en métropole, puisqu'un peu plus d'un tiers des IVG pratiquées en 2010 concernent des femmes qui y ont déjà eu recours, on peut estimer que la proportion de femmes ayant au moins une IVG dans leur vie est d'environ 35 %. Dans les départements d'outre-mer, l'IVG répétée est plus fréquente et la proportion de femmes y ayant recours au moins une fois est plus élevée : environ 60 % des femmes y ont recours au moins une fois dans leur vie.

Alors que le taux d'avortement des femmes âgées de plus de 25 ans diminuait, le recours à l'avortement des femmes plus jeunes s'est accru dans les années 1990, en raison d'une plus forte propension à interrompre les grossesses à ces âges. L'augmentation des taux d'avortement des jeunes de moins de 20 ans s'étant poursuivie dans les années 2000, ce sujet est devenu une préoccupation importante pour les pouvoirs publics et les professionnels du domaine. Cette hausse a cessé depuis 2006, les taux d'IVG des femmes mineures et des femmes âgées de 18 à 20 ans s'étant stabilisés. Depuis 2000, cette hausse n'était due qu'en partie au choix de plus en plus fréquent de l'avortement en cas de conception, car durant la même période, les taux de conception des femmes de moins de 18 ans ont peu augmenté. Si l'on compare les deux dernières périodes quinquennales, on s'aperçoit qu'en 2006-2010, les taux moyens de conception ont légèrement augmenté par rapport à la période 2001-2005 chez les mineures. Mais l'augmentation relative de ces taux est moins forte que celle des taux d'avortement, une proportion un peu plus élevée de grossesses ayant été interrompues. Depuis 2006, les taux de conceptions des mineures sont stables, ainsi que les taux d'avortements. La couverture contraceptive des mineures ne semble donc pas s'être détériorée ces dernières années, même si la pilule a perdu un peu de terrain au profit d'autres méthodes hormonales.

*Une modèle contraceptif figé*

Comme le soulignait Bajos en 2004(4) : « Les raisons à l'origine des échecs sont variées. Au-delà des problèmes d'information et d'accès à la contraception dans certains

groupes, et de l'ambivalence vis-à-vis d'un désir de grossesse, ces raisons renvoient à la non reconnaissance sociale de la sexualité de certaines femmes, des jeunes en particulier, qui obère leur entrée dans une démarche contraceptive. Les échecs viennent aussi de ce que la méthode utilisée n'est pas toujours adaptée aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. La norme contraceptive qui prévaut dans la société française se caractérise par l'utilisation du préservatif à l'entrée dans la sexualité, relayée par la pilule dès que la relation se stabilise ; la contraception orale devient la méthode privilégiée dès que la vie sexuelle est stable, ou supposée telle ; et le DIU n'est prescrit que lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint. »

### *Des causes de grossesse non désirée connues*

Comme nous l'avons vu, la couverture contraceptive est bonne en France (90,2% des femmes utilisent un moyen de contraception). Cependant, l'absence de contraception demeure une situation à risque majeure de grossesse non désirée et en représente le tiers. Cette situation de non-contraception peut être liée à de nombreux freins qu'il convient d'identifier (freins psychologiques, informationnels, liés à l'âge, socio-économiques, culturels, etc). Pour les deux tiers restants de grossesse non désirées, les causes d'échec de la contraception décrits dans un rapport récent sont les problèmes d'observance (notamment pour la pilule) , l'inadéquation des méthodes et des pratiques liée à une norme contraceptive rigide, une information insuffisante des utilisatrices sur les différents méthodes et sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, des conditions de prescriptions non optimales liées au manque de formation des prescripteurs et/ou aux difficultés de la relation médecin-malade pour aborder le sujet de la sexualité qui nuisent à la qualité du conseil et de l'accompagnement des patientes(9).

### *La pilule, bien qu'en baisse, reste le moyen de contraception le plus utilisé*

L'étude des pratiques contraceptives et reproductives en France est réalisée et publiée depuis 2010 par l'INSERM et l'INED via le projet FECOND (Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles).

Comme nous le décrirons plus loin, la contraception fait l'objet d'une attention nouvelle depuis quelques années auprès du public et des médias notamment suite au scandale dit des pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération fin 2012. Les pratiques contraceptives s'en sont

trouvées significativement modifiées. Il nous a donc semblé utile de décrire dans un premier temps l'enquête FECOND 1 réalisée en 2010 pour évaluer l'ampleur de cette évolution avant et après 2012.

### Enquête FECOND 1 (2010)

Au cours des années 2000, l'utilisation de la pilule a connu une baisse inédite depuis la légalisation de la contraception en 1967 (-4,6% soit 50% d'utilisation seule ou en association avec le préservatif)(15). Cette baisse s'est faite au profit des nouveaux moyens de contraception hormonaux (implant et dans une moindre mesure anneau et patch utilisés dans 4% des cas en 2010). Le DIU a présenté une baisse de son utilisation alors que l'utilisation du préservatif seul progressait encore (taux d'utilisation de 21% et 12% respectivement en 2010). Les autres modes de contraception (méthodes naturelles, stérilisation) ou l'absence de contraception restent stables (6%, 4% et 3% respectivement en 2010). Concernant la répartition des différents moyens selon l'âge elle varie selon la « norme contraceptive » décrite précédemment.

#### *Le DIU, un moyen de contraception choisi par seulement 1,3% des nullipares de 15-49 ans*

Bien que son taux d'utilisation en France soit un des meilleurs du monde, le DIU restait peu prescrit et/ou choisi chez les patientes sans enfants. Pourtant, il est le moyen de contraception utilisé préférentiellement par les femmes, avec la stérilisation, pour remplacer la pilule.

Au total, il ressort de ces différentes données, une situation de paradoxe : malgré une couverture contraceptive excellente, le nombre d'IVG ne baisse pas et demeure un des plus élevés d'Europe.

En France, le prescripteur orienterait plus facilement les patientes vers le choix de la pilule comme moyen de contraception au détriment d'autres méthodes comme l'implant. Or la pilule n'est pas nécessairement la contraception adaptée aux besoins des jeunes femmes car elle impose certaines contraintes d'utilisation et de prescription. Une étude révèle ainsi que 88 % des femmes de 20 ans et moins déclarent avoir oublié au moins une fois leur pilule lors des trois derniers mois (contre 54 % de l'ensemble des femmes).

Cette nouvelle enquête(10) confirme l'évolution observée en 2010. Les pratiques contraceptives se sont très significativement modifiées sans toutefois que la couverture contraceptive n'ait été affectée (seules 3% des femmes concernées n'utilisent aucun moyen de contraception). Une femme sur cinq dit avoir changé de méthode de contraception depuis le débat médiatique.

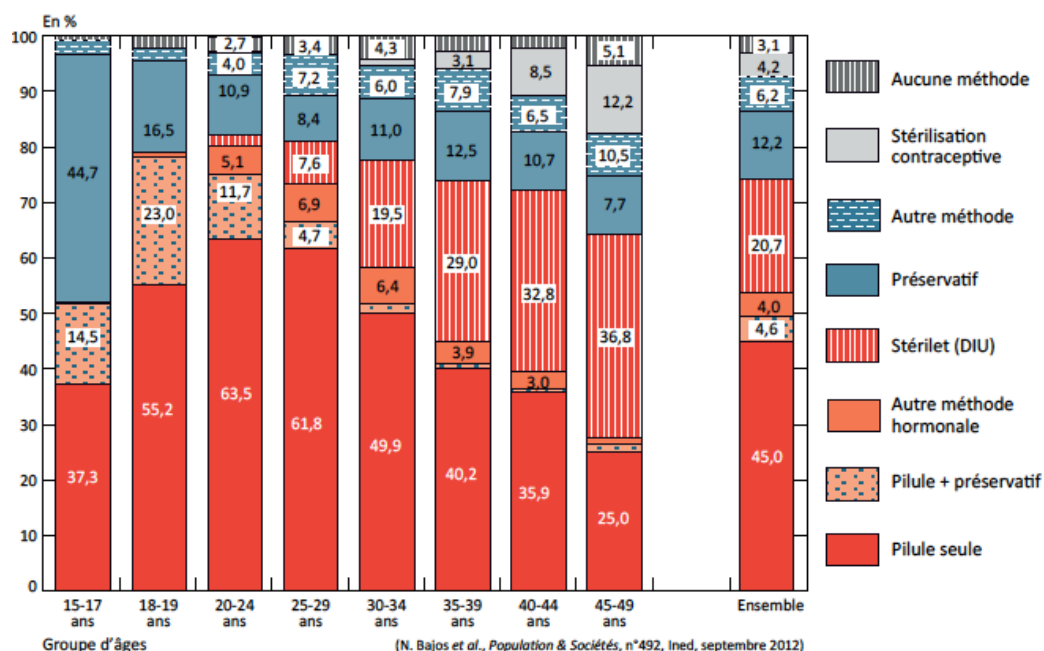
En 2013, la pilule était utilisée par 41% des patientes (en baisse de 9% par rapport à 2010). Cette baisse plus marquée que la précédente semble cette fois liée au scandale des pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération. Alors qu'elles représentaient 40% de l'ensemble des prescriptions de pilules en 2010, les pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> génération ne représentaient plus que 23% en 2013. Toutefois, le débat a conduit à une désaffection pour la méthode elle-même puisque dans le même temps l'utilisation des pilules de 2<sup>e</sup> génération n'est passée que de 22% à 23%.

Les femmes ont ainsi adopté d'autres méthodes de contraception, notamment le DIU (+ 1,9 point), le préservatif (+ 3,2 points) et d'autres méthodes comme les dates (rapports en dehors des périodes de fécondabilité) ou le retrait (+ 3,4 points). Si la pilule reste aujourd'hui encore la méthode de contraception la plus utilisée en France, les pratiques contraceptives apparaissent désormais beaucoup plus diversifiées.

#### *Un modèle contraceptif de moins en moins figé ?*

Autre fait marquant, outre la dégradation de l'image de la pilule, une rupture semble s'être produite dans la prescription de DIU. Celui-ci progressait ainsi avec un taux d'utilisation passant de 2% à 5% chez les femmes de 20-24 ans et de 8% à 16% chez les femmes de 25-29 ans. Cette évolution est également retrouvée chez les patientes de ce groupe nullipares (0,4 à 8%). Il y a donc un assouplissement dans la norme qui prévalait jusque là et qui conduisait à une sous-prescription de DIU chez les femmes jeunes et/ou nullipares contrairement aux recommandations de la HAS de 2004. Toutefois, il n'y a pas eu d'amélioration de l'utilisation chez les es nullipares âgées de moins de 25 ans. Les réticences semblent donc persister en 2013 quant à l'utilisation du DIU chez ces femmes jeunes et nullipares.



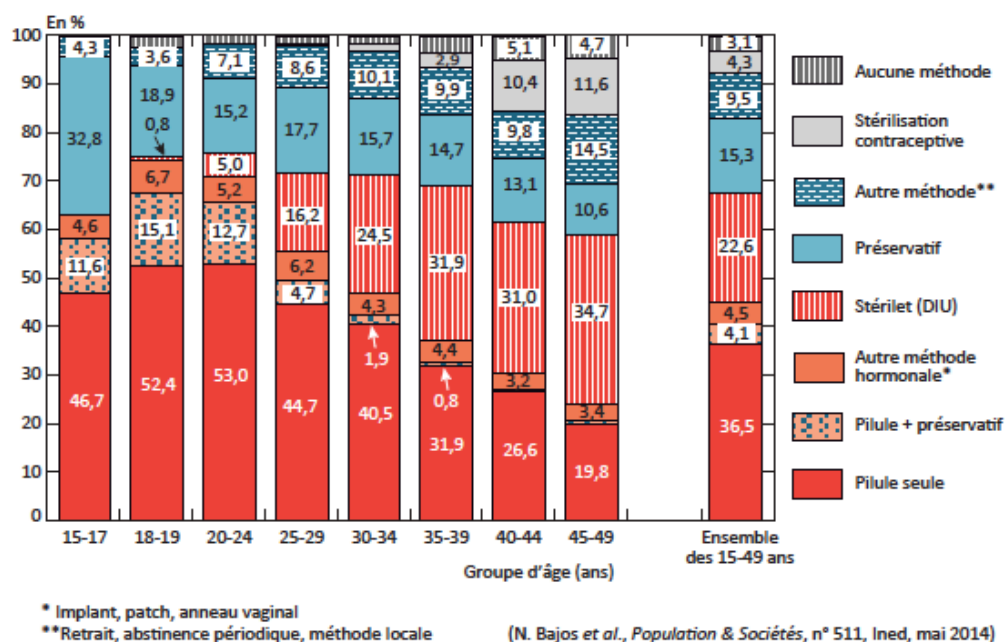


Sources : Enquête Fécond (2010), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Figure 1 – Répartition des méthodes de contraception en France en 2010

Figure 2. Méthodes de contraception utilisées en France en 2013 selon l'âge des femmes



Source : Enquête Fécond (2013), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15-49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant (soit 75 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans).

Figure 2 – Répartition des méthodes de contraception en France en 2013

### **1.3 LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN**

Le DIU est la méthode de contraception réversible la plus utilisée dans le monde(16).

#### **1.3.1 Mécanisme d'action**

Le principal mécanisme d'action du DIU au cuivre est d'empêcher la fécondation par une réaction locale inflammatoire toxique pour les spermatozoïdes et l'ovule. Le DIU empêche également la nidation si une fécondation s'est produite. Il a ainsi été montré que le taux de fécondation est inférieur chez les utilisatrices de DIU par rapport aux non-utilisatrices(17). Le Levonorgestrel exerce une action supplémentaire en agissant directement sur l'endomètre (décidualisation, atrophie) et en épaississant la glaire cervicale(18).

#### **1.3.2 Efficacité**

Il n'y a pas de moyen de contraception plus efficace, avec l'implant, que le DIU (11)(12)(19). En France, d'après Moreau et al., le taux d'échec du DIU au cours de la première année d'utilisation est de 1,1%(20). En comparaison, ce taux est de 2,4% pour la COP, de 3,6% pour le préservatif, de 7,7% pour les méthodes naturelles (abstinence périodique, méthode des températures), de 10,1% pour le retrait et de 21,7% pour les spermicides. A l'heure actuelle, il n'a pas été démontré que le DIU au Lévonorgestrel (DIU-LNG) était plus efficace que le DIU au cuivre (DIU-Cu)(21).

A l'exception du DIU, les auteurs notent que ces résultats sont meilleurs que ceux retrouvés dans des études similaires réalisées aux Etats-Unis. Parmi les limitations de cette étude, certains échecs de contraception ne sont pas comptabilisés. Ainsi, il est important de signaler qu'en France, le taux de fausses couches n'a jamais été étudié à notre connaissance. De plus, sur le plan méthodologique, seuls les échecs de contraception définis comme la survenue d'une grossesse non désirée sous contraception ont été rapportés alors qu'on estime qu'un tiers des grossesses survenues sous contraception sont en fait désirées et ne sont donc pas comptabilisées. Enfin, il est montré que l'efficacité globale de la

contraception en France, est en partie liée à un taux d'utilisation du DIU parmi les meilleurs du monde.

### **1.3.3 Règles d'utilisation**

#### **1.3.3.1 Indications, contre-indications**

Le DIU-Cu est indiqué en 1<sup>ère</sup> intention pour la contraception usuelle et pour la contraception d'urgence dans les 5 jours suivant le rapport sexuel à risque(22). Le DIU-LNG est indiqué dans la contraception intra-utérine en deuxième intention après le DIU au cuivre (notamment chez les nullipares en raison des difficultés d'insertion).

Les contre-indications absolues à la pose d'un DIU au cuivre définies par l'OMS sont:

- toute grossesse suspectée ou avérée ;
- infection puerpérale en post-partum ;
- en post-abortion : immédiatement après un avortement septique ;
- maladie inflammatoire pelvienne en cours ;
- cervicite purulente en cours, ou infection à chlamydia ou gonococcie en cours ;
- tuberculose génito-urinaire avérée ;
- saignements vaginaux inexpliqués (suspicion de pathologie grave) ;
- maladie trophoblastique gestationnelle maligne ;
- cancer du col utérin ;
- cancer de l'endomètre ;
- toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise entraînant une déformation de la cavité utérine de telle sorte qu'il est impossible d'y insérer un DIU ;
- fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine (fibromes sous-muqueux) ;
- hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.
- Il n'est pas recommandé de poser un DIU :
  - dans la période de post-partum comprise entre 48 heures et 4 semaines après un accouchement ;
  - lorsque la femme a un risque accru d'infections sexuellement transmissibles (IST)

Pour le DIU-LNG s'ajoutent:

- Tumeur hormono-dépendante
- Affection hépatique aiguë ou tumeur hépatique
- Thrombophlébite ou embolie pulmonaire évolutive

### **1.3.3.2 Effets secondaires et complications**

Les effets secondaires et complications liés à l'utilisation du DIU sont:

- Effets secondaires immédiats liés à l'insertion (douleurs, contractions utérines et saignements)
- Expulsion du DIU
- Modifications du cycle menstruel (ménorragies, saignements irréguliers, douleurs et crampes au moment des règles)
- Rares complications: infection génitale haute (IGH), grossesse extra-utérine (GEU), grossesse intra-utérine sur DIU, perforation utérine (1/1000 cas).

Le retrait du DIU-LNG devra être envisagé :

- en cas de survenue ou aggravation de migraine, migraine ophtalmique avec perte de vision asymétrique, ou autre symptôme évoquant une ischémie cérébrale transitoire
- en cas de survenue ou de récurrence :
  - de céphalée exceptionnellement sévère,
  - d'ictère,
  - d'augmentation importante de la pression artérielle,
  - de suspicion ou de diagnostic d'une tumeur hormono-dépendante, y compris cancer du sein,
  - de pathologie artérielle sévère telle qu'un accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde,
  - d'une infection génitale haute.

Aoun et al.(23), aux Etats-Unis, ont étudié un échantillon de 2523 femmes âgées de 13 à 35 ans suivi pendant 3 ans. Le taux d'échec était de 1%. Les grossesses qui en découlaient étaient toutes intra-utérines. Parmi ces grossesses, 39% étaient dues à une expulsion partielle ou complète du DIU.

Le taux d'expulsion était de 4% à 1 an et de 6% à 3 ans quelque soit l'âge et la parité ce qui correspond à la fourchette généralement admise de 1 à 7% pendant la première année(24).

Le taux de continuation du DIU était de 81% à 1 an et de 59% à 3 ans. Les principales causes de retrait précoce du DIU étaient la douleur et les saignements (31% et 24% respectivement). Les autres raisons étaient : désir de grossesse (14%), survenue d'une infection (4%), souhait du partenaire (3%).

Concernant les effets secondaires, une infection génitale haute est survenue dans 2% des cas, une vaginite dans 23% des cas, une cervicite dans 6% des cas, des saignements anormaux dans 30 % des cas, des douleurs pour la plupart modérées dans 29% des cas et une perforation utérine dans 0,3% des cas.

Concernant les femmes nullipares, il n'y avait pas de différences en terme d'expulsion, d'échec et de continuation bien que celles-ci rapportaient plus de douleur. Il n'y avait pas de sur-risque d'infection génitale haute chez ces femmes. Celles dont le DIU avait été posé par un gynécologue avaient un meilleur taux d'utilisation à 1 an par rapport à celles dont le DIU avait été posé par un médecin généraliste, une infirmière ou un assistant médical. Toutefois le taux d'expulsion était le même.

#### *Etat des connaissances et recommandations*

##### *Risque infectieux*

Le risque d'infection génitale haute est augmenté au cours des 20 premiers jours. Il est ainsi recommandé d'effectuer un dépistage du portage de gonocoque et chlamydia trachomatis pour les patientes à risque élevé d'IST. Ce dépistage, effectué lors de la pose, conduira à ne traiter qu'en cas de positivité de celui-ci sans nécessiter le retrait du DIU. L'antibioprophylaxie doit être exceptionnelle et réservée aux femmes originaire d'une région à forte prévalence de portage et pour lesquelles le dépistage est peu accessible, ou en cas de valvulopathie cardiaque. Les mesures préventives reposent sur une désinfection cervicale et sur l'utilisation de matériel stérile lors de la pose.

En cas de survenue d'une IGH bénigne, l'ablation du DIU ne doit pas être systématique (sur demande de la patiente ou absence d'amélioration après 72h d'antibiothérapie). Il est à noter que le risque d'IGH est plus important avec le DIU-Cu qu'avec le DIU-LNG qui a un effet protecteur grâce à l'épaississement de la glaire qu'il provoque.

### *Particularités des femmes nullipares*

L'OMS précise que toute femme nullipare ou âgée de moins de 20 ans peut bénéficier d'un DIU en première intention. Malgré cette recommandation, certains spécialistes en France estiment que le DIU ne devrait pas être une méthode contraceptive de première intention chez la nullipare sauf dans certains cas particuliers (post-IVG, contre-indication aux estrogènes, échec des autres méthodes). Néanmoins, deux recommandations récentes de sociétés savantes le placent en première intention en raison de son efficacité et de son confort d'utilisation(25)(26) avec certaines mesures de précaution associées:

- Le DIU entraîne des saignements inhabituels pour lesquels les patientes doivent avoir été informées.
  - Pour le DIU-Cu les règles peuvent être plus abondantes, et des AINS peuvent alors être prescrits.
  - Pour le DIU-LNG les règles peuvent être moins abondantes voire inexistantes, parfois des spotting<sup>3</sup> peuvent survenir.
- Chez ces femmes plus jeunes, le risque d'expulsion est augmenté mais sa survenue éventuelle ne contre-indique pas une pose ultérieure.
- Enfin, chez l'adolescente une vigilance accrue est nécessaire lors de la pose qui est moins bien tolérée. De plus, le dépistage du portage de gonocoque et de chlamydia trachomatis sera systématique chez ce type de patiente devant être considérée comme à risque élevé d'IST.

Une étude expérimentale réalisée aux Etats-Unis (CHOICE project) a montré qu'en supprimant les barrières économiques et en les informant convenablement, 2 adolescentes sur 3 choisissaient une méthode de longue durée d'action (DIU ou implant)(27).

### *Fécondité et fertilité*

Le DIU n'est pas un facteur de risque de GEU, mais il prévient moins bien la GEU que la grossesse intra-utérine(28) : le diagnostic de GEU doit être éliminé devant toute grossesse sous DIU. Le DIU n'entraîne pas d'infertilité ni ne retarde le retour à la fertilité après son retrait(24).

---

<sup>3</sup> Saignements minimes à n'importe quel moment du cycle

### 1.3.3.3 Surveillance

Lorsque la pose d'un DIU est envisagée, une grossesse, une infection génitale haute et une GEU doivent être écartées. En présence de facteurs de risque infectieux (antécédent d'IST ou pratique sexuelle à risque d'IST), le dépistage de chlamydia et de gonocoque est recommandé avant la pose. La pose est également précédée d'un examen gynécologique afin d'estimer la taille, la forme et la position de l'utérus, et si possible d'une hystérométrie, afin d'évaluer la hauteur de l'utérus. Il est nécessaire de réaliser l'insertion en respectant des conditions d'hygiène rigoureuses. Il est recommandé d'effectuer l'insertion en 1<sup>ère</sup> partie de cycle afin d'éviter d'insérer un DIU chez une femme qui pourrait être enceinte. L'administration d'antalgiques avant la pose peut être proposée, notamment chez une femme nullipare dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé que chez la femme multipare. Des douleurs à type de crampes utérines peuvent survenir dans les jours suivant la pose et sont généralement soulagées par des antalgiques simples. Les consultations de suivi gynécologique sont programmées 1 à 3 mois après la pose puis 1 fois par an, indépendamment d'une demande particulière de la femme. L'objectif de la 1<sup>re</sup> consultation de suivi est de s'assurer que le DIU est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'infection génitale haute.

Le DIU doit être changé après 5 années maximum d'utilisation.

#### **1.4 Enjeux de l'amélioration de l'information et de l'accès à la contraception des jeunes**

Les jeunes (15-25 ans) sont une partie de la population qui représente un enjeu majeur de la prévention pour plusieurs raisons. Premièrement, la fertilité dans cette tranche d'âge est la plus importante. Donc, ces femmes sont particulièrement exposées au risque de grossesse non désirée en cas de rapport non protégé ou de contraception inadaptée. Deuxièmement, le risque ultérieur d'IVG répétées est d'autant plus élevé que la patiente est jeune lors de la première grossesse et l'on estime qu'en 2007, une femme sur deux ayant eu recours à l'IVG était âgée de moins de 25 ans. Troisièmement, les conséquences sociales et psychologiques sont durablement préjudiciables. Enfin, en matière de santé publique, les jeunes représentent une cible prioritaire pour améliorer l'éducation des générations futures en matière de contraception(1).



## **2 PRESENTATION DE L'ETUDE**

### **2.1 Matériel et méthode**

#### **2.1.1 Type d'étude**

La présente étude est basée sur une méthode quantitative réalisée à partir de questionnaires distribués dans la salle d'attente de deux centres à sociologies différentes : d'un côté la consultation de gynécologie médicale du centre hospitalo-universitaire (CHU) Port-Royal à Paris, de l'autre la consultation au centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) de la Ville de Provins, ville moyenne de 12 000 habitants, sous-préfecture de la Seine-et-Marne. L'intérêt de ce choix était d'élargir l'échantillon en terme de niveau socioéconomique et d'âge qui, nous le verrons, permettait à partir d'un nombre relativement restreint de patientes (150) d'obtenir un échantillon plus représentatif de la diversité française. L'objectif n'était pas de permettre une extrapolation à l'ensemble de la population mais d'enrichir la qualité du travail en permettant une analyse plus complète des problématiques liées à l'utilisation du DIU en particulier et à la contraception en France en général.

#### **2.1.2 Questionnaire**

Le questionnaire était composé de deux parties principales intitulées « Ma contraception et moi » puis « Le stérilet ».

Dans la première partie, la patiente était caractérisée selon son âge, son statut marital, sa parité, son niveau d'étude, son origine géographique, son lieu d'habitation. Ensuite, on demandait à la patiente de préciser son mode de contraception, le type de suivi gynécologique, le niveau et les sources d'information sur le DIU.

Dans la seconde partie, le questionnaire traitait spécifiquement du DIU. Il visait dans un premier temps à identifier les utilisatrices au moment de répondre au questionnaire. Pour chaque utilisatrice, on demandait quel type de DIU leur avait été posé, le délai depuis la pose, s'il s'agissait d'un renouvellement, et le niveau de satisfaction.

Pour toutes les patientes, il était demandé de proposer une ou plusieurs raisons pour lesquelles on leur a conseillé le DIU, quelles sont, selon elle, les raisons qui font proposer un DIU. Ensuite, on leur demandait leur opinion générale concernant le DIU (pour, contre, ni pour ni contre) ainsi que leurs réticences éventuelles. Enfin, on posait quelques questions de connaissances générales sur le DIU.

### **2.1.3 Population**

La population étudiée était une population de 150 patientes, 75 dans chacun des 2 centres, âgées de moins de 45 ans à qui l'on proposait sans distinction de remplir un questionnaire. La distribution de ces questionnaires a eu lieu de janvier à mars 2014. Les patientes étaient invitées à répondre de manière spontanée avec le moins d'aide possible. Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test pour en améliorer la compréhension, la lisibilité, la durée de remplissage.

## **2.2 Analyse des résultats**

L'analyse des résultats a été réalisée en utilisant le test Khi-carré de Pearson afin d'étudier la significativité des différences observées dans nos résultats. Les données brutes ont été rentrées dans le logiciel Excel et traitées conjointement à l'aide du logiciel R.

Les OR étaient ajustés sur le groupe d'appartenance ("Provins" ou "Port-Royal"), l'âge, la parité, le statut marital, le niveau d'étude, l'origine ethnique et la profession.

### 3 ANALYSE DES RESULTATS

#### 3.1 Caractéristiques des répondantes

Au total, 150 femmes ont répondu à l'auto-questionnaire : 75 au centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) de Provins, 75 à la consultation de gynécologie médicale du CHU Port-Royal.

Les figures 3 à 9 montrent les différentes caractéristiques sociodémographiques en fonction du groupe d'appartenance ("Provins" ou "Port-Royal"). Le tableau récapitulatif est en annexe 2.

##### 3.1.1 Répartition des patientes selon l'âge

Parmi les patientes de Provins :

- 19 patientes étaient âgées de moins de 18 ans (25,3%)
- 19 patientes étaient âgées de 18 à 24 ans (25,3%)
- 30 patientes étaient âgées de 25 à 39 ans (40%)
- 7 patientes étaient âgées de 40 à 45 ans (9,3%)

Parmi les patientes de Port-Royal :

- 1 patiente était âgée de moins de 18 ans (1,3%)
- 12 patientes étaient âgées de 18 à 24 ans (16%)
- 50 patientes étaient âgées de 25 à 39 ans (66,6%)
- 12 patientes étaient âgées de 40 à 45 ans (16%)

Les patientes étaient significativement plus jeunes à Provins ( $p < 0,01$ ). Ainsi à Provins, 50,7% des patientes ont moins de 25 ans versus 17,3% à Port-Royal ( $OR = 4,8 [2,2 - 11,3]$ ,  $p < 10^{-4}$ ).

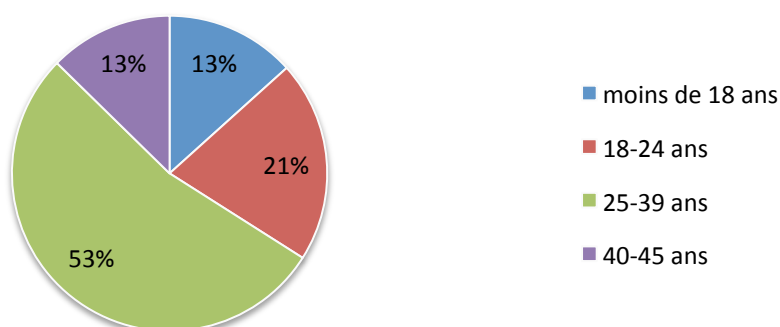


Figure 3 – Répartition des patientes selon l'âge

### 3.1.2 Répartition des patientes selon le nombre d'enfants

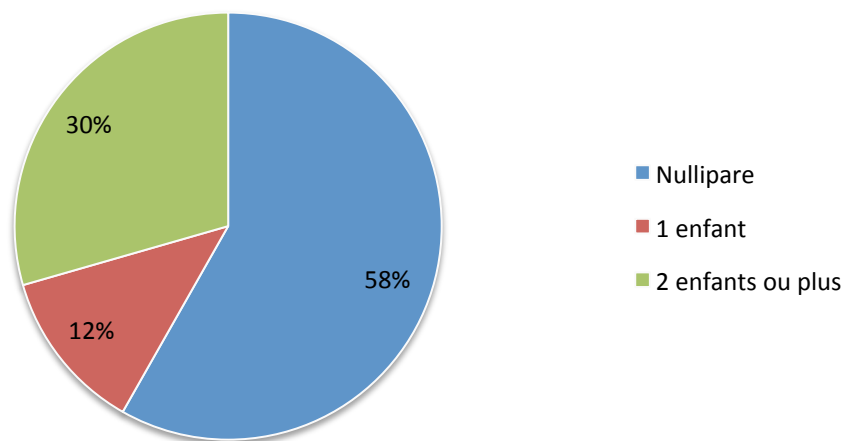
Parmi les patientes de Provins :

- 37 patientes étaient nullipares (49,3%)
- 10 patientes avaient 1 enfant (13,3%)
- 28 patientes avaient 2 enfants ou plus (41,3%)

Parmi les patientes de Port-Royal:

- 48 patientes étaient nullipares (67,6%)
- 8 patientes avaient 1 enfant (11,3%)
- 15 patientes avaient 2 enfants ou plus (21,1%)

Il n'y avait pas de différence significative pour le nombre d'enfants.



**Figure 4 – Répartition des patientes selon le nombre d'enfants**

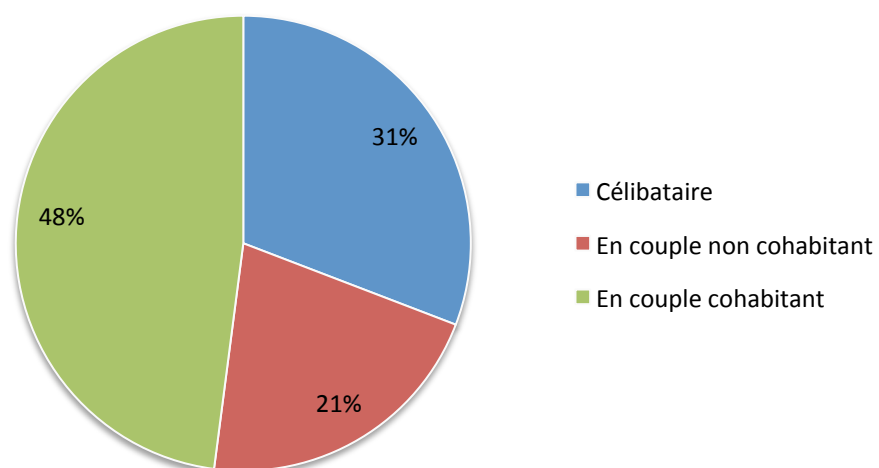
### 3.1.3 Répartition des patientes selon le statut marital

Parmi les patientes de Provins :

- 15 patientes étaient célibataires (20,8%)
- 25 patientes étaient en couple cohabitant (34,7%)
- 32 patientes étaient en couple non cohabitant (44,4%)

Parmi les patientes de Port-Royal :

- 30 patientes étaient célibataires (40,5%)
- 6 patientes étaient en couple cohabitant (8,1%)
- 38 patientes étaient en couple non cohabitant (51,4%)



**Figure 5 – Répartition des patientes selon le statut marital**

### 3.1.4 Répartition des patientes selon la zone d'habitation

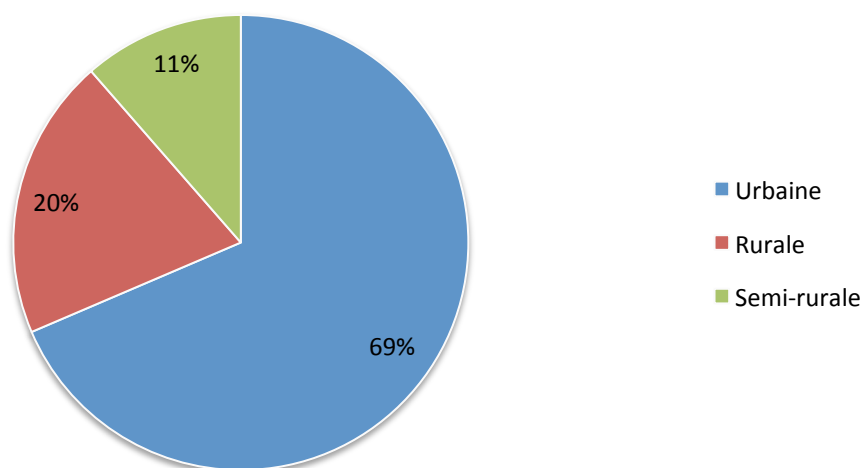
Parmi les patientes de Provins :

- 31 patientes vivaient en milieu urbain (46,3%)
- 23 patientes vivaient en milieu rural (34,3)
- 13 patientes vivaient en milieu semi-rural (19,4%)

Parmi les patientes de Port-Royal :

- 65 patientes vivaient en milieu urbain (89%)
- 5 patientes vivaient en milieu rural (6,8%)
- 3 patientes vivaient en milieu semi-rural (4,2%)

Il y a avait significativement plus de patientes vivant en milieu urbain à Port-Royal.



**Figure 6 – Répartition des patientes selon la zone d'habitation**

### 3.1.5 Répartition des patientes selon l'origine ethnique

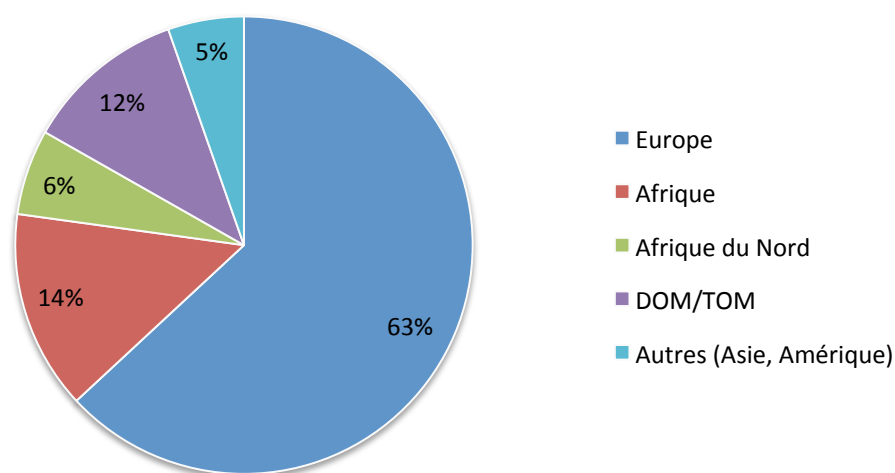
Parmi les patientes de Provins :

- 45 patientes se déclaraient d'origine européenne (60%)
- 15 patientes se déclaraient d'origine africaine (20%)
- 3 patientes se déclaraient originaire d'Afrique du Nord (4%)
- aucune patiente ne se déclarait d'origine asiatique
- 9 patientes se déclaraient originaire des DOM/TOM (12%)
- 1 patiente se déclarait originaire d'Amérique du Nord (1,3%)
- 2 patientes se déclaraient originaire d'Amérique du Sud (2,7%)

Parmi les patientes de Port-Royal :

- 49 patientes se déclaraient d'origine européenne (66,2%)
- 6 patientes se déclaraient d'origine africaine (8,1%)
- 6 patientes se déclaraient originaire d'Afrique du Nord (8,1%)
- 4 patientes se déclaraient d'origine asiatique (5,4%)
- 8 patientes se déclaraient originaire des DOM/TOM (10,8%)
- aucune patiente ne se déclarait originaire d'Amérique du Nord
- 1 patiente se déclarait originaire d'Amérique du Sud (1,4%)

Il n'y a pas de différence significative entre les groupes.



**Figure 7 – Répartition des patientes selon l'origine ethnique**

### **3.1.6 Répartition des patientes selon le niveau d'étude**

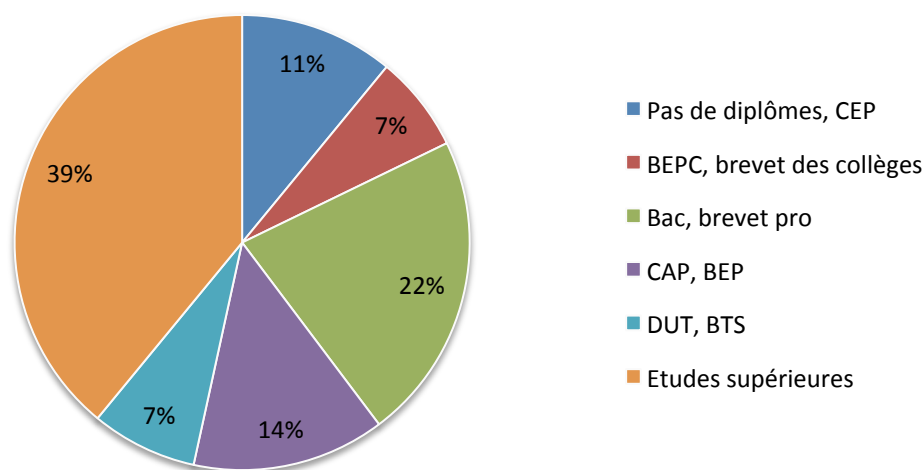
Parmi les patientes de Provins :

- 45 patientes avaient un niveau Bac ou inférieur ou sans diplôme (62,5%)
- 11 patientes avaient un niveau CAP, BEP (15,3%)
- 6 patientes avaient un niveau DUT ou BTS (8,3%)
- 10 patientes avaient un niveau études supérieures (13,9%)

Parmi les patientes de Port-Royal :

- 13 patientes avaient un niveau Bac ou inférieur ou sans diplôme (17,6%)
- 9 patientes avaient un niveau CAP, BEP (12,2%)
- 5 patientes avaient un niveau DUT ou BTS (6,8%)
- 47 patientes avaient un niveau études supérieures (63,4%)

Les patientes étaient significativement moins diplômées à Provins ( $p < 0,01$ ). Ainsi à Provins, 86,1 % des patientes avaient un niveau Bac+3 ou inférieur versus 36,6% (OR=5,2 [2,2-14,6],  $p=10^{-4}$ ).



**Figure 8 – Répartition des patientes selon le niveau d'étude**

### 3.1.7 Répartition des patientes selon la profession

Parmi les patientes de Provins :

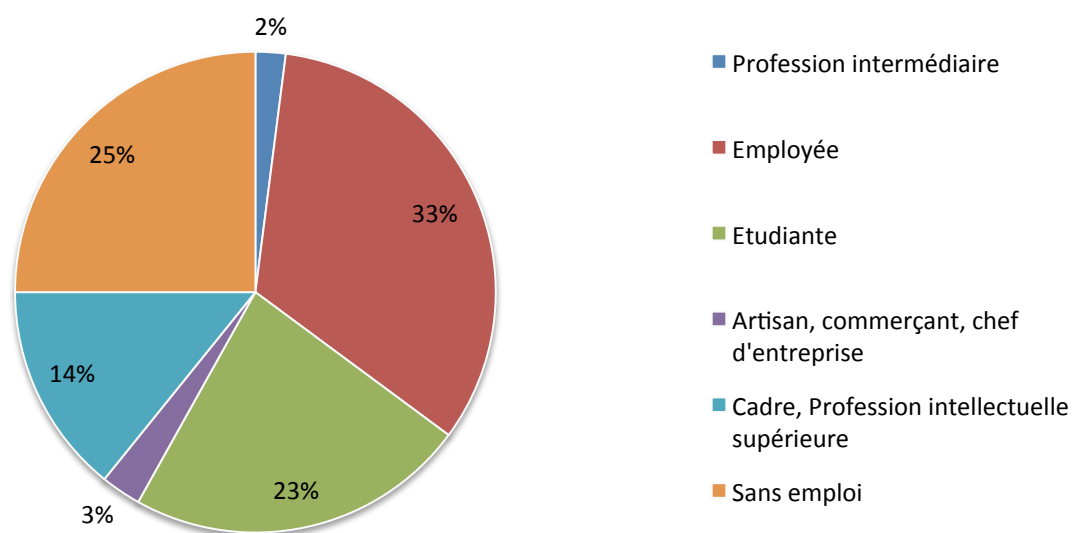
- 21 patientes étaient employées (28,4%)
- 22 patientes étaient étudiantes (29,7%)
- 1 patiente était artisan/commerçant/chef d'entreprise (1,4%)
- 1 patiente était cadre/profession intellectuelle supérieure (1,4%)
- 29 patientes étaient sans emploi (39,2%)

Parmi les patientes de Port-Royal :

- 28 patientes étaient employées (37,8%)
- 12 patientes étaient étudiantes (16,2%)
- 3 patientes étaient artisan/commerçant/chef d'entreprise (4,1%)
- 20 patientes étaient cadre/profession intellectuelle supérieure (27%)
- 8 patientes étaient sans emploi (10,8%)

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes.





**Figure 9 – Répartition des patientes selon la profession**

### 3.2 Contraception des participantes

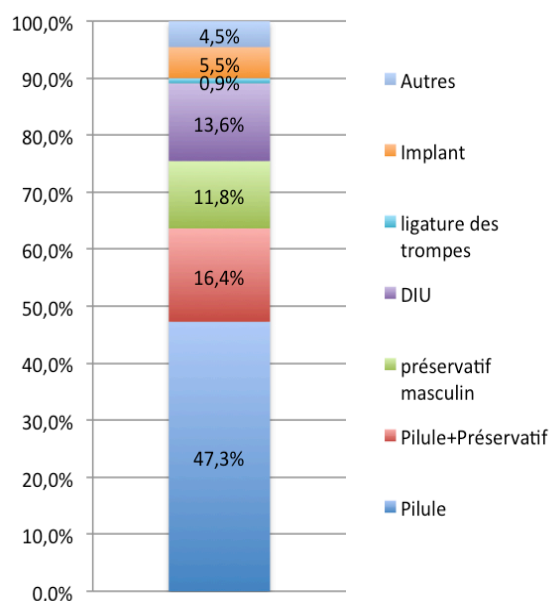
La contraception des participantes était variée et présentait une hiérarchie semblable à celle de l'ensemble de la population. Il n'y avait pas de différence notable entre les 2 groupes.

Tableau 1 - Répartition des différents moyens de contraception utilisés par les patientes

Contraception	Provins n (%)	Port-Royal n (%)	Ensemble n (%)	
Pilule	29 (40,3%)	24 (31,6%)	54 (36,2%)	Répartition de la Contraception : P=0,18
Pilule+préservatif	11 (15,3%)	7 (9,2%)	18 (12,1%)	
Préservatif masculin seul	5 (6,9%)	9 (11,8%)	14 (9,4%)	
DIU	11 (15,3%)	5 (6,6%)	16 (10,7%)	Absence de Contraception : P=0,053 (ajusté)
Ligature	-	1 (1,3%)	1 (0,7%)	
Implant	5 (6,9%)	1 (1,3%)	7 (4,7%)	
Préservatif féminin	-	2 (2,6%)	2 (1,3%)	
Spermicide	-	1 (1,3%)	1 (0,7%)	
Aucune	10 (13,7%)	26 (34,2%)	36 (24,2%)	
Pilule+implant	1 (1,4%)	-	1 (0,68%)	
Pilule+DIU	-	1 (1,4%)	1 (0,68%)	
Préservatif féminin+masculin	-	1 (1,4%)	1 (0,68%)	

*Commentaire du tableau 1: Les patientes utilisaient les différents moyens de contraception dans des proportions similaires, il n'y avait pas plus de patientes n'utilisant aucun moyen de contraception dans un groupe plutôt qu'un autre.*

### Contraception des patientes de l'étude



*Commentaire de la figure 10 : La répartition des différents moyens de contraception montrait une utilisation de la pilule seule dans 47% des cas, de la pilule et du préservatif associés dans 16% des cas, du préservatif masculin seul dans 12% des cas, du DIU dans 14% des cas.*

**Figure 10 – Répartition des méthodes de contraception des patientes**

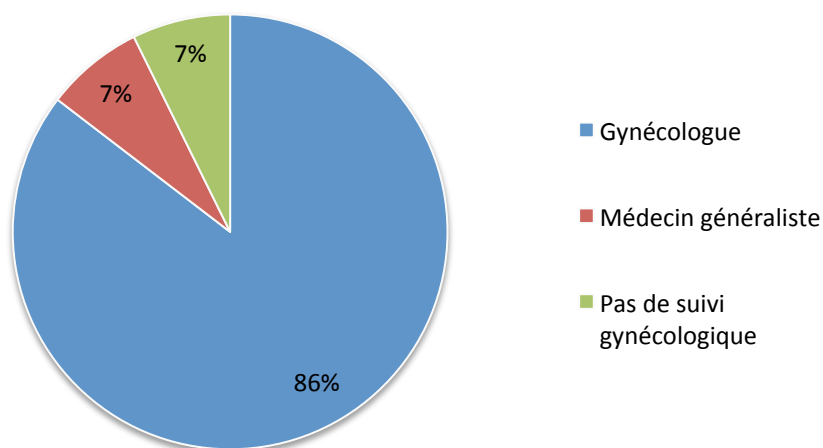
### 3.3 Suivi gynécologique des patientes

Parmi les patientes de Provins:

- 47 patientes (75%) déclaraient être suivies par un gynécologue
- 9 patientes (14%) déclaraient être suivies par un médecin généraliste
- 7 patientes (11%) déclaraient ne pas avoir de suivi gynécologique

Parmi les patientes de Port-Royal:

- 70 patientes (95%) déclaraient être suivies par un gynécologue
- 1 patiente (1%) déclarait être suivies par un médecin généraliste
- 3 patientes (4%) déclaraient ne pas avoir de suivi gynécologique



**Figure 11 – Répartition des patientes selon le type de suivi gynécologique**

Il est possible qu'il y ait eu une confusion à Provins étant donné que le médecin exerce dans le CPEF mais est médecin généraliste. Ainsi, il aurait été préférable d'ajouter la proposition "médecin du centre de planification et d'éducation familiale" afin de l'identifier nettement.

### 3.4 Utilisatrices de DIU

#### 3.4.1 Caractéristiques des utilisatrices

16 patientes ont déclaré utiliser actuellement un DIU dont 1 qui n'a pas répondu aux questions concernant son utilisation.

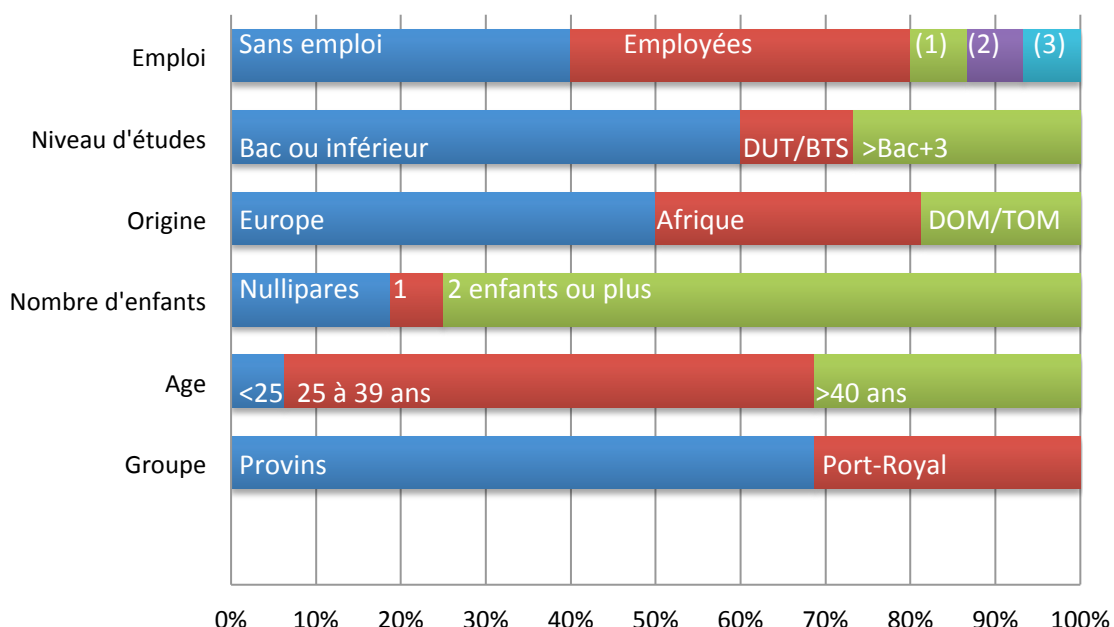


Figure 12 – Profil des utilisatrices de DIU

(1): étudiante  
(2): artisan / commerçant / chef d'entreprise  
(3): cadre / profession intellectuelle supérieure

#### 3.4.2 Caractéristiques sociodémographiques liées à l'utilisation du DIU

Le taux d'utilisation était lié de façon significative avec l'âge, la parité, le niveau d'étude, l'origine ( $p < 0,05$ ). Ainsi, l'utilisation du DIU augmente avec l'âge, le nombre d'enfants, et dépend du niveau d'étude (avec une plus faible utilisation des femmes ayant un niveau "études supérieures") et de l'origine ethnique (utilisation plus fréquente chez les femmes originaires des DOM/TOM et d'Afrique) (Tableau 2).

Après ajustement, les résultats montrent que le DIU était posé plus souvent à Provins (14,7% vs 6,7% d'utilisation actuelle, OR ajusté=0,13 [0,02-0,79],  $p=0,026$ ), chez les patientes de plus de 40 ans (26,3% vs 8,4%, OR ajusté=4,6 [1,02-21,1],  $p=0,047$ ) et chez les femmes non nullipares (21,3% vs 3,5%, OR ajusté=7,3 [1,4-39,1],  $p=0,02$ ).

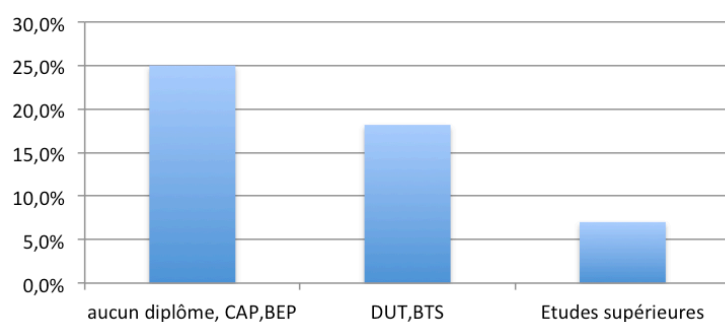
Les figures 13 à 17 montrent à l'aide de graphiques les différences de taux d'utilisation en fonction de chacun des paramètres.

Tableau 2 – Taux d'utilisation du DIU en fonction des caractéristiques sociodémographiques

	n	%d'utilisation	P
Age			
<40 ans	11	9,9%	0,4
>40 ans	5	26,3%	
Parité			
0	3	3,5%	0,0001
1	1	5,6%	
>ou=2	12	27,9%	
Statut marital			
Célibataire	5	11,0%	NS
En couple non cohabitant	2	6,5%	
En couple cohabitant	8	11,4%	
Lieu d'habitation			
urbaine	10	2,1%	NS
rurale	3	35,7%	
semi-urbaine	1	18,8%	
Origine			
Europe	8	8,5%	0,019
Afrique/DOM/TOM	8	21,1%	
Niveau d'études			
aucun diplôme	3	18,8%	0,03
CAP,BEP	6	30,0%	
DUT,BTS	2	18,2%	
Etudes sup	4	7,0%	
Profession			
Employée	6	12,2%	NS
Etudiante	1	2,9%	
Artisan,commerçant, chef d'entreprise	1	25,0%	
Cadre, profession intellectuelle supérieure	2	9,5%	
Sans emploi	6	16,2%	

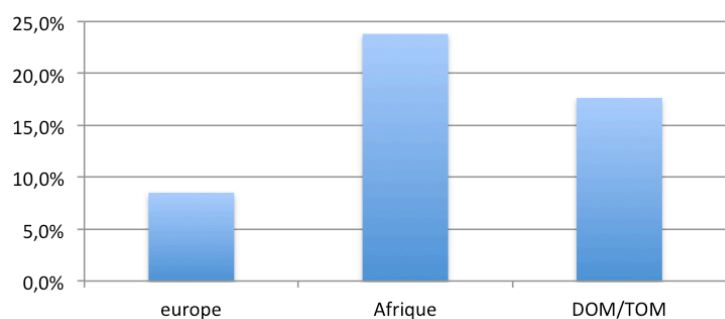
*Commentaire: Le taux d'utilisation du DIU était significativement lié à l'âge, à la parité, à l'origine ethnique, au niveau d'étude ( $p<0,05$ )*

### Taux d'utilisatrices de DIU selon le niveau d'études



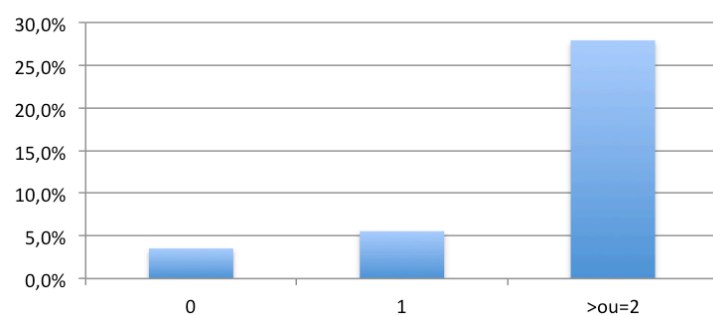
**Figure 13 – Taux d'utilisatrices de DIU selon le niveau d'études**

### Taux d'utilisatrices de DIU selon l'origine ethnique

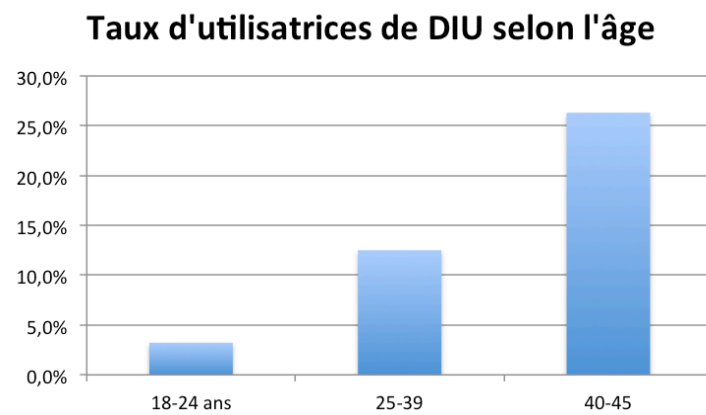


**Figure 14 – Taux d'utilisatrices de DIU selon l'origine ethnique**

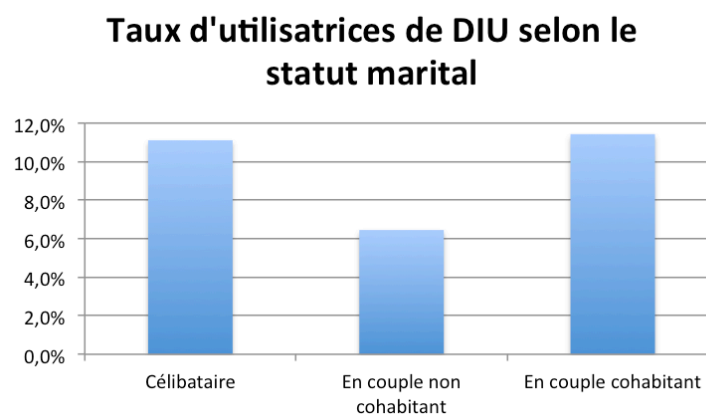
### Taux d'utilisatrices de DIU selon la parité



**Figure 15 – Taux d'utilisatrices de DIU selon la parité**



**Figure 16 – Taux d'utilisatrices de DIU selon l'âge**



**Figure 17 – Taux d'utilisatrices de DIU selon le statut marital**

### **3.4.2.1 Anciennes utilisatrices de DIU**

25 patientes sur 142 (18%) déclaraient avoir déjà porté un DIU dont les 16 utilisatrices actuelles.

Les anciennes utilisatrices ont interrompu l'utilisation du DIU pour les raisons suivantes:

- Pour un désir de grossesse (3 patientes)
- Le DIU s'est déplacé (1 patiente)
- Problème endocrinien (1 patiente)
- Apparition de synéchies utérines (1 patientes)
- Survenue de métrorragies (1 patiente)
- Raison personnelle : "je suis chrétienne (sic)" (1 patiente)

Pas de réponse: 1 patiente



### 3.4.3 Modalités d'utilisation du DIU

15 patientes ont répondu aux questions concernant les modalités d'utilisation de leur DIU. 43% des patientes avaient un DIU au cuivre. Le DIU était posé dans 87% des cas par un gynécologue, la pose avait lieu dans un CPEF dans 47% des cas et à l'hôpital ou dans un cabinet de ville dans 27% des cas respectivement. Le DIU avait été renouvelé dans 40% des cas et les patientes le portaient depuis plus d'un an dans 53% des cas. Enfin, 87% des utilisatrices se disaient satisfaites de ce moyen de contraception (Tableau 3).

Les patientes se disaient satisfaites pour les raisons suivantes:

- Confort d'utilisation (2 patientes)
- Efficacité (1 patiente)
- Contre-indication à la pilule (1 patiente)
- Bonne tolérance (1 patiente)
- Aménorrhée induite (1 patiente)
- Meilleure tolérance que la pilule (1 patiente)

Tableau 3 - Modalités d'utilisation du DIU

Type	n	%
DIU au cuivre	6	43%
DIU au Lévonorgestrel	8	57%
Ne sait pas	1	
Depuis combien de temps ?		
Moins d'un an	7	46,7%
Entre 1 et 3 ans	5	33,3%
Entre 4 et 5 ans	0	0
Plus de 5 ans	3	20%
A-t-il déjà été renouvelé ?		
Oui	6	40%
Non	9	60%
Qui l'a posé ?		
Un gynécologue	13	86,7%
Un médecin généraliste	2	13,3%
Où a-t-il été posé ?		
Cabinet de ville	4	26,7%
Centre de planning familial	7	46,7%
Hôpital	4	26,7%
Etes-vous satisfaite ?		
Oui	13	86,7%
Non	0	0%
Pas de réponse	2	13,3%

### 3.5 Le sujet du stérilet

47% des patientes déclaraient être souvent informées sur le DIU. Seules 4% n'en avaient jamais entendu parler.

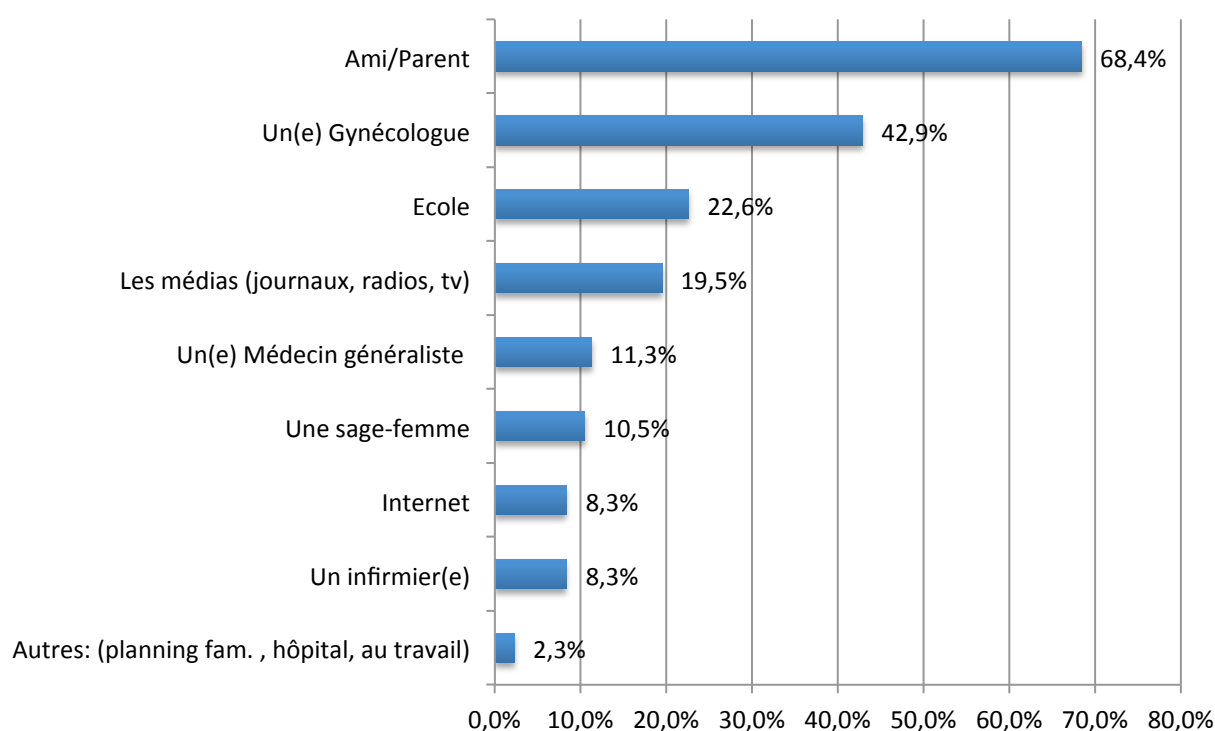
Tableau 4 - Avez-vous déjà entendu parlé du DIU ?

	Provins n (%)	Port-Royal n (%)	Ensemble n (%)	
Jamais	3 (4,3%)	3 (4,1%)	6 (4,2%)	0,688
Occasionnellement	32 (45,7%)	38 (52,1%)	70 (49,0%)	
Souvent	35 (50%)	32 (43,8%)	67 (46,9%)	

### 3.6 Sources d'information

#### « Par qui avez-vous entendu parler du stérilet ? »

Sur les 133 patientes ayant répondu, 73 soit **55 % avaient reçu une information d'au moins un professionnel de santé sur le DIU**-médecin généraliste, gynécologue, sage-femme ou infirmière- (61 % à Provins, 50 % à Port-Royal, ns). La première source d'information déclarée par l'ensemble des participantes était l'entourage (68,4%) suivie d'assez loin par le médecin gynécologue (42,9%) et de l'école (22,6%). Le médecin généraliste n'arrivait qu'en cinquième position (11,3%) derrière les médias (19,5%) (Figure 18, Tableau 5).



**Figure 18 – Hiérarchie des sources d'information déclarées par les patientes**

Tableau 5 - Hiérarchie des sources d'information déclarées par sous-groupes

	Un(e) Gynécologue		Une Sage Femme		Ami/Parent		Les médias (journaux, radios, tv)		Autres: (planning fam., hôpital, au travail)		Un(e) Médecin généraliste		Un(e) Infirmier(e)		Internet		Ecole	
	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg
Ensemble	42,9%	2	10,5%	6	68,4%	1	19,5%	4	2,3%	9	11,3%	5	8,3%	7	8,3%	7	22,6%	3
Provins	42,4%	2	12,1%	7	60,6%	1	13,6%	5	1,5%	9	18,2%	4	13,6%	5	6,1%	8	33,3%	3
Port- Royal	43,9%	2	9,1%	6	77,3%	1	25,8%	3	3%	8	4,5%	7	3%	8	10,6%	5	12,1%	4
Nullipares	26,6%	3	1,3%	8	78,5%	1	22,8%	4	1,3%	8	8,9%	7	11,4%	6	13,9%	5	31,6%	2
Non nullipares	66,7%	1	24,1%	3	53,7%	2	14,8%	4	3,7%	7	14,8%	4	3,7%	7	0,0%	9	9,3%	6
Moins de 25 ans	29,8%	3	6,4%	8	76,6%	1	12,8%	6	0,0%	9	17,0%	4	17,0%	4	10,6%	7	42,6%	2
25 ans ou plus	50,0%	2	12,8%	4	64,0%	1	23,3%	3	3,5%	8	8,1%	6	3,5%	8	7,0%	7	11,6%	5
Bac+3 ou inf	28,0%	2	4,0%	7	64%	1	16%	4	0%	8	16,0%	4	16,0%	4	0%	8	28,0%	2
Etudes sup	46,3%	2	12,0%	5	69,4%	1	20,4%	4	2,8%	9	10,2%	6	6,5%	8	10,2%	6	21,3%	3

Seules 2 patientes venant de Provins déclaraient ne pas savoir ce qu'était un « stérilet ».

A Provins, le médecin généraliste (18,2%) et l'infirmière (13,6%) constituaient des sources importantes d'information. A Port-Royal, internet et les médias se substituaient dans le classement à ces 2 professionnels de santé.

#### Selon la parité

Pour les patientes ayant un enfant ou plus, la première source d'information déclarée était le médecin gynécologue (66,7%), suivi de l'entourage (53,7%), puis de la sage-femme (24,1%). De façon comparable à l'ensemble de l'échantillon, on retrouvait les médias (14,8%), le médecin généraliste (14,8%), l'école (9,3%) et l'infirmière (3,7%). Internet n'était mentionné par aucune des patientes de ce groupe.

Pour les nullipares, la première source d'information déclarée était l'entourage (78,5%) suivi d'assez loin par l'école (31,6%), le médecin gynécologue (26,6%), les médias (22,8%), internet (13,9%), l'infirmière (11,4%), le médecin généraliste (8,9%), une seule patiente mentionnait la sage-femme(1,3%).

### Selon l'âge

Chez les patientes de moins de 25 ans, l'information sur le DIU était toujours reçue de façon prédominante par l'entourage (76,6%). L'école était le 2<sup>ème</sup> vecteur important mentionné par les patientes (42,6%) suivie du gynécologue qui arrivait toujours devant le médecin généraliste (29,8% versus 17%). Venaient ensuite l'infirmière, les médias et internet. Internet était autant utilisé quelque soit l'âge comme moyen d'information sur le DIU.

Chez les patientes de plus de 25 ans, la sage-femme arrivait en 4<sup>ème</sup> position (12,8%) et le gynécologue renforçait sa position dominante avec un taux de réponse de 50% comparé à 29,8% chez les patientes de moins de 25 ans. A l'inverse, le médecin généraliste était moins mentionné (en 6<sup>ème</sup> position avec 8,1%).

### Selon le niveau d'étude

Chez les patientes ayant un niveau Bac+3 ou inférieur, l'école constituait une source d'information importante à égalité avec le gynécologue (28,0%) mais toujours loin derrière l'entourage (64%). Venaient ensuite à égalité le médecin généraliste, l'infirmière et les médias (16,0%). La sage-femme n'était mentionnée que par une seule patiente et internet ne l'était pas du tout. Chez les femmes ayant fait des études supérieures, la sage-femme était mentionnée en 5<sup>ème</sup> position devant le médecin généraliste (12,0% versus 10,2%). Le gynécologue était mentionné en 2<sup>ème</sup> position (46,3%). L'entourage, l'école, et les médias étaient cités de manière comparable à l'ensemble de l'échantillon. Internet occupait la 6<sup>ème</sup> place comme moyen d'information (10,2%).

### 3.7 Motif de conseil de DIU

Tableau 6 - Pour quelle(s) raison(s) vous a-t-on conseillé le DIU ?

	n	%	Rg
CI à la pilule	10	31,2%	2
Oublis de pilule	10	31,2%	2
Post-IVG	5	15,2%	4
Contraception d'urgence	1	3,2%	7
Problème de ménorragie ou dysménorrhée	4	12,5%	5
Demande personnelle	12	37,5%	1
Autres (endométriose, maladie orpheline)	2	6,2%	6
Pas de réponse	118		

Le premier motif de conseil de DIU cité était "une demande des patientes" puis venaient "la présence de contre-indication" et "des oublis fréquents de pilule". Les autres motifs sont "en post-IVG", "pour un problème de règles" (dysménorrhée, ménorragie). Seulement 3,2% mentionnent "la contraception d'urgence".

A noter que cette question avait un très faible taux de réponse (21%).

### 3.8 Connaissances des patientes

#### 3.8.1 Indications du DIU

Tableau 7 - Pour quelle(s) raison(s) d'après vous conseille-t-on le DIU ?

	n	%	Rg
Contre-indication(s) à la pilule	54	43,5%	1
Oublis trop fréquents	51	41,1%	2
Post-IVG	38	30,6%	4
Contraception d'urgence	7	5,6%	6
Problème de ménorragies ou dysménorrhée	18	14,5%	5
Demande personnelle	46	37,1%	3
Autres (plus de projet de grossesse, éviter l'exposition aux hormones)	3	2,4%	7
Pas de réponse	26		

Concernant les indications du DIU, les patientes ont cité celles les plus attendues car relevant d'une problématique probablement plus "personnelle" c'est-à-dire "les contre-indications à la pilule", "les oublis fréquents de pilule", "en post-IVG", "la demande personnelle" avec des taux de réponse plus de 30% pour chacune des propositions.

Concernant le motif plus « médical » "les problèmes de règles" (dysménorrhée, ménorragies), seulement 14,5% le citaient comme une indication du DIU.

Enfin, "la contraception d'urgence" était peu citée en raison de l'ignorance de cette indication du DIU puisque seules 24% la connaissaient (voire paragraphe suivant).

### 3.8.2 Connaissances globales sur le DIU

Tableau 8 – Connaissances des patientes sur le DIU

	n	%
Pensez-vous que le DIU peut vous donner un cancer ?	Oui 8	6%
	Non 120	94%
Pensez-vous que le DIU peut vous donner de l'hypertension ?	Oui 2	2%
	Non 124	98%
Pensez-vous que le DIU est un moyen de contraception efficace ?	Oui 117	93%
	Non 9	7%
Pensez-vous que le DIU peut être posé chez une femme qui n'a jamais eu d'enfant ?	Oui 81	65%
	Non 44	35%
Pensez-vous que le DIU peut être utilisé à la place de la pilule du lendemain ?	Oui 31	24%
	Non 100	76%
Pensez-vous que l'on ne peut pas utiliser d'anti-inflammatoire avec un stérilet (comme l'ADVIL, l'IBUROFENE, le NUROFENE, la CORTISONE ...) ?	Oui 20	17%
	Non 101	83%

Il y avait une quasi-unanimité des réponses sur l'innocuité (risque d'HTA et de cancer), l'efficacité et l'absence d'interaction médicamenteuse avec les AINS et les corticoïdes.

En revanche, la question de la possibilité ou non d'utiliser le DIU chez la patiente nullipare était moins tranchée avec toutefois 65% de réponses positives.

Enfin, seulement 24% des patientes connaissaient l'indication du DIU comme contraception d'urgence.

### 3.9 Opinion générale

Tableau 9 - Opinion générale des patientes sur le DIU

	n	%
plutôt Pour	59	48%
plutôt Contre	8	6%
ni pour, ni contre	57	46%

Les facteurs associés à une opinion favorable étaient l'appartenance au groupe "Provins" (probabilité plus forte d'opinion positive par rapport à "Port-Royal" soit 58% vs 37% OR 2,3[1,1-5,1]p=0,03) et le niveau d'étude Bac ou supérieur (probabilité plus faible d'opinion positive dans le groupe "inférieur au bac" 19% vs 53% OR 0,2 [0,05-0,7] p=0,007).

Les facteurs associés à une opinion défavorable étaient l'appartenance au groupe « Port-Royal » (probabilité plus faible d'opinion défavorable du groupe "Provins" par rapport au groupe "Port-Royal" OR ajusté 0,06 [0,006-0,8] p=0,03).



### 3.10 Réticences

50 patientes n'ont pas répondu (Taux de réponse : 66%). Les 3 principales réticences exprimées étaient "la peur de la pose", "la peur de sentir le DIU", "la peur de rejeter le DIU" (« comme un corps étranger ») avec plus de 35% de patientes ayant coché au moins l'une de ces 3 propositions.

Concernant "la peur de la pose", qui concernait 39 % des patientes un pic était atteint chez les patientes ayant un niveau bac+3 ou plus avec 65%, peur qui était donc significativement augmentée par rapport aux patientes de niveau bac+3 ou inférieur (OR 3,7 [1,1-13,5]  $p=0,026$ ).

Concernant "la peur de le sentir", qui concerne 36% des patientes (IC 26,6-46,2), il n'y a pas de différences significatives.

Concernant "la peur de rejet du DIU", qui concerne 35% des patientes (IC 25,7-45,2), il n'y avait pas de différence significative entre les groupes.

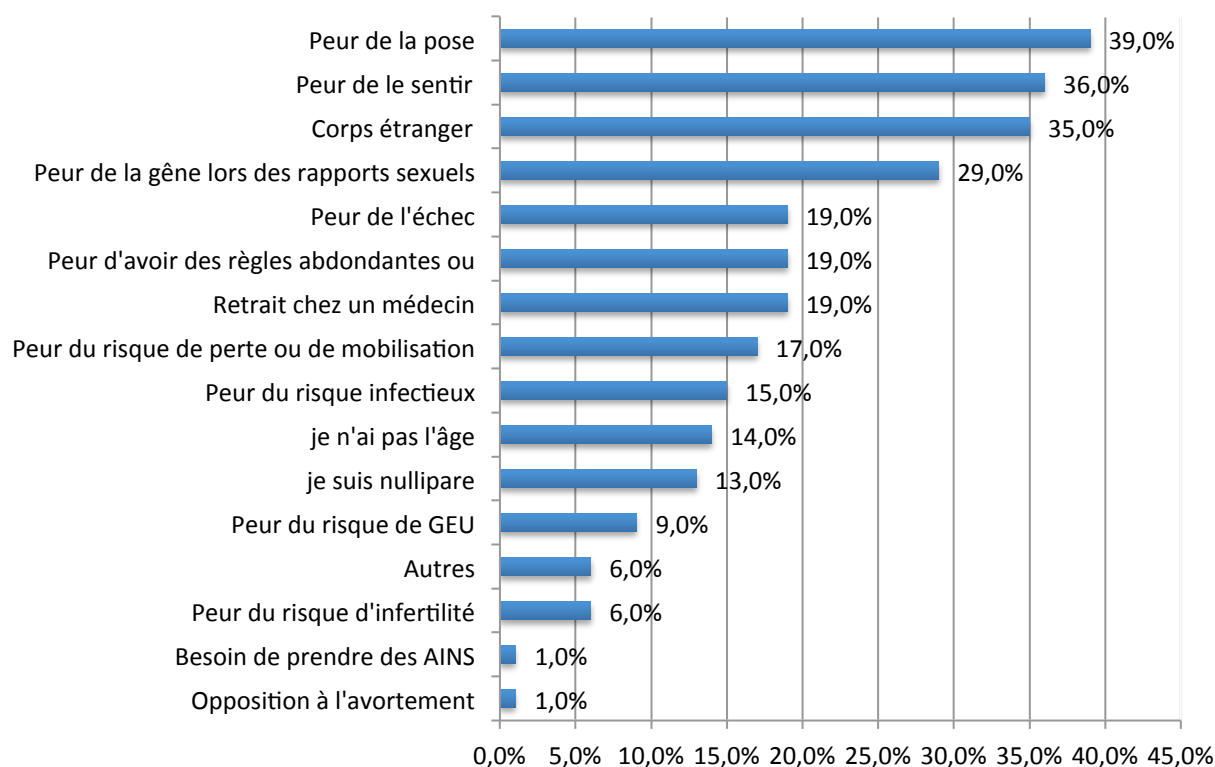
L'analyse statistique faisait ressortir une réticence des patientes de moins de 25 ans disant à 28,6% "ne pas avoir l'âge pour porter un DIU" par rapport aux patientes de 25 ou plus (OR 6 [1,5-28,6]  $p=0,0046$ ).

Concernant les nullipares, 19% exprimaient leur âge et leur nulliparité comme réticences au port de DIU.

Concernant les non nullipares, la première réticence exprimée était "la peur d'une gêne lors des rapports sexuels".

Concernant les patientes de niveau Bac+3 ou inférieur, la crainte que "le corps n'accepte pas le DIU" était exprimée par 47,1% des patientes, et le risque de mobilisation ou d'expulsion du DIU était exprimé par 29,4% des patientes.

Concernant les patientes de niveau "études supérieures", la première crainte était de "sentir le DIU", "la nécessité de retrait chez le médecin" était exprimée par 19,5% des patientes au même titre que "la peur d'avoir des règles abondantes".



**Figure 19 – Hiérarchie des réticences exprimées par les patientes**

Tableau 10 - Réticences des patientes envers le DIU

	n	%	Rang
peur de la pose	39	39%	1
peur de le sentir	36	36%	2
corps étranger	35	35%	3
peur de la gêne lors des rapports sexuels	29	29%	4
retrait chez un médecin	19	19%	5
peur d'avoir des règles abondantes ou dl	19		
peur de l'échec	19		
peur du risque de perte ou mobilisation	17	17%	8
peur du risque infectieux	15	15%	9
pas l'âge	14	14%	10
je suis nullipare	13	13%	11
peur du risque de GEU	9	9%	12
peur du risque d'infertilité	6	6%	13
autres	6		
opposition à l'avortement	1	1%	15
besoin de prendre des AINS	1		

### Tableau 11 – Hiérarchie des réticences exprimées par les patientes

Hiérarchie des références exprimées par les patientes																																Besoin de prendre des AINS		
	Peur de la gêne lors des rapports sexuels								Peur d'avoir des règles abondantes ou douloureuses				Peur de risque de perte ou de mobilisation				Peur du risque infectieux				je n'ai pas l'âge nulipare				Peur du risque de GEU				Autres l'infertilité				Opposition à l'avortement	Rg
	Peur de la pose		Peur de le sentir		Peur de Corps étranger		Retrait chez un médecin		Peur de l'échec		Peur de mobilisation		Peur de risque infectieux		je n'ai pas l'âge nulipare		Peur du risque de GEU		Autres l'infertilité		Opposition à l'avortement		Rg		Rg		Rg							
	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg	%	Rg				
Ensemble	39,0	1	36,0	2	35,0	3	29,0	4	19,0	5	19,0	5	17,0	8	15,0	9	14,0	10	13,0	11	9,0	12	6,0	13	6,0	13	1,0	15	1,0	15				
Provins	38,8	1	34,7	2	32,7	3	26,5	4	8,2	10	16,3	6	22,4	5	16,3	6	8,2	10	14,3	8	6,1	12	10,2	9	2,0	14	6,1	12	0,0	16	2,0	14		
Port-Royal	39,2	1	37,3	2	37,3	2	31,4	4	29,4	5	21,6	6	15,7	10	17,6	9	21,6	6	13,7	11	19,6	8	7,8	13	9,8	12	5,9	14	2,0	15	0,0	16		
Nulipares	44,4	1	41,3	2	36,5	3	22,2	5	23,8	4	17,5	9	19,0	6	12,7	11	17,5	9	19,0	6	19,0	6	6,3	13	9,5	12	4,8	14	0,0	15	0,0	15		
Non nulipares	30,6	3	27,8	4	33,3	2	38,9	1	11,1	8	22,2	6	16,7	7	25,0	5	8,3	10	5,6	12	0,0	15	11,1	8	0,0	15	8,3	10	2,8	13	2,8	13		
Moins de 25 ans	42,9	1	42,9	1	40,0	3	17,1	7	27,7	5	17,1	7	20,0	6	14,3	9	8,6	11	28,6	4	14,3	9	8,6	11	5,7	13	2,9	14	0,0	15	0,0	15		
25 ou plus	36,9	1	32,3	3	32,3	3	35,4	2	15,4	9	20,0	5	18,5	6	18,5	6	18,5	6	18,5	6	13,3	10	9,2	11	6,2	13	7,7	12	1,5	15	1,5	15		
Bac+3 ou inf	64,7	1	35,3	3	47,1	2	29,4	4	11,8	8	17,6	7	23,5	6	29,4	4	11,8	8	11,8	8	0,0	13	0,0	13	5,9	11	0,0	13	0,0	13	5,9	11		
Etudes sup	32,9	2	36,6	1	32,9	2	29,3	4	19,5	5	19,5	5	18,3	7	14,6	10	15,9	8	14,6	10	15,9	8	11,0	12	6,1	14	7,3	13	1,2	15	0,0	16		

## 4 Discussion

### 4.1 Validité et biais de l'étude

#### 4.1.1 Comparaison aux données épidémiologiques

Tableau 12 – Comparaison entre l'échantillon et la population générale selon l'âge

	Echantillon	France*
<18 ans	9%	13%
18 à 24 ans	21%	21%
25 à 40 ans	48%	53%
40 à 45 ans	22%	13%

\*: INSEE, France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2014

De façon surprenante, la répartition en fonction des tranches d'âge est comparable à celle de la population française en 2012. On aurait attendu un échantillon plus jeune en moyenne. En effet, les patientes les plus jeunes sont généralement les plus concernées par la contraception, les mineures représentant 25% des consultations au CPEF de Provins et 30% en moyenne dans l'ensemble des CPEF (29). Alors qu'elles représentent 25% de l'échantillon à Provins, les mineures représentent seulement 1,3% de l'échantillon à la consultation gynécologique de Port-Royal.

Tableau 13 – Comparaison entre l'échantillon et la population générale selon la CSP

	Echantillon	France*
Profession intermédiaire	2%	19%
Employée	33%	34%
Etudiante	23%	12%
Artisan, commerçante, chef d'entreprise	3%	3%
Cadre, profession intellectuelle sup	14%	11%
Sans emploi	25%	14%
agricultrices	-	1%
Ouvrières	-	7%

\*: INSEE 2012, Population de 15 ans ou plus (femmes) selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012 vivant en France métropolitaine

Les ouvrières et agricultrices ne sont pas représentées dans notre échantillon. De même, les professions intermédiaires sont sous-représentées. Les étudiantes et les femmes sans emploi qui représentent 39% de l'échantillon de Provins sont sur-représentées.

Tableau 14 – Comparaison entre l'échantillon et la population générale selon le niveau d'études

	Echantillon	France(30)
sans diplôme	11%	13%
Bac ou inférieur	29%	53%
Bac+	60%	34%

Les femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat sont nettement sur-représentées, elles représentent notamment 82% des patientes de Port-Royal. Ce déséquilibre notable était attendu lors de la constitution de l'échantillon et valide ainsi l'intérêt d'avoir sélectionné l'échantillon de Provins où elles représentent 37% soit un niveau proche de celui retrouvé au niveau national.

Tableau 15 – Comparaison entre l'échantillon et la population générale selon l'origine ethnique

	Echantillon	France*(31)(32)
Europe	63%	87%
Afrique	20%	10%
Asie	3%	2%
Amérique, Océanie	3%	1%
DOM	11%	1%

\*: population de 18 à 50 ans vivant en France métropolitaine (population majoritaire, immigrés, descendants d'immigrés)

Les patientes déclarant une origine africaine ou des DOM-TOM sont sur-représentées dans notre échantillon sans différence entre le CPEF de Provins et la consultation de gynécologie de Port-Royal. Ceci s'explique d'une part par un meilleur remboursement des soins par rapport au libéral mais aussi d'autre part par une culture de ces populations qui se tournent plus volontiers vers des établissements publics.

#### **4.1.2 Limites de l'étude**

Les données de notre étude ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population. En effet, les patientes consultant le CPEF de Provins et la consultation de gynécologie de Port-Royal représentent une partie spécifique de la population. Les françaises consultent en majorité un gynécologue de ville ou le médecin généraliste pour aborder la contraception. Ce biais de sélection peut sous-estimer les réticences et les connaissances des femmes en France concernant le DIU. En effet, les patientes de l'étude sont probablement plus enclines à aborder la contraception avec des professionnels de santé qui sont spécifiquement formés à ce type de prise en charge. Toutefois, le caractère anonyme du questionnaire et les conditions de son remplissage par les patientes permettent d'obtenir des réponses spontanées de la part des patientes sans influence externe. La première partie du questionnaire et le cadre institutionnel où ont été distribués les questionnaires avaient l'avantage d'inscrire les patientes dans une démarche de sincérité afin de répondre aux questions concernant le DIU.

Nous avons jugé qu'un effectif de 150 patientes était un compromis suffisant pour obtenir un échantillon diversifié et le plus proche possible dans la structure de la population française comme nous avons pu le constater dans des travaux similaires. Nos résultats confirment une bonne représentativité en termes sociodémographiques et de pratiques contraceptives puisque la répartition des moyens de contraception est comparable à celle de la population française avec en particulier 16 patientes utilisatrices de DIU et 9 patientes anciennes utilisatrices.

## 4.2 Résultats de l'étude

### 4.2.1 Données de la littérature

L'étude de Moreau et al(33), publiée en 2014, a étudié les barrières à l'utilisation du DIU du côté des femmes et des médecins en France au cours des années 2010-2011. Du côté des médecins, l'enquête a porté sur les gynécologues et sur les médecins généralistes, ces derniers étant de plus en plus impliqués en matière de contraception.

La population étudiée était un échantillon randomisé constitué de 3563 femmes âgées de 15 à 49 ans résidant en France et concernées par la contraception.

De façon indépendante, 401 gynécologues et 364 médecins généralistes ont été randomisés pour répondre à un questionnaire sur leur pratique en matière de contraception en général et sur leur attitude envers le DIU en particulier.

#### Facteurs d'utilisation du DIU

21,4% des patientes utilisaient un DIU. Il existait un lien significatif statistique entre l'âge, la parité et l'utilisation du DIU. Le projet parental, un antécédent de grossesse non désirée, un antécédent de problème gynécologique, l'importance de l'activité sexuelle constituaient également des facteurs indépendants de prescription de DIU. L'utilisation du DIU était également influencée selon que le suivi gynécologique était assuré par un gynécologue ou un médecin généraliste : les patientes suivies par un gynécologue utilisaient 4 fois plus le DIU que les patientes suivies par un médecin généraliste.

#### Connaissances et réticences à l'utilisation du DIU

Une analyse en sous-groupe d'un échantillon de 1712 femmes a été menée dans l'étude.

Cette analyse montre ainsi que :

- 57% des femmes pensaient que le DIU n'était réservé qu'aux femmes ayant déjà eu des enfants. Chez les femmes de moins de 30 ans, cette croyance induisait une réduction significative de l'utilisation du DIU (OR=0,3 [0,1-0,9]). La relation était inverse pour les patientes de plus de 30 ans (OR=1,6[1,1-2,2]).

- 18% pensaient que le DIU pouvait altérer leur fertilité; ce facteur était un facteur prédictif de sous-utilisation du DIU (OR=0,3 [0,2-0,4]).
- 50% pensaient que le DIU était confortable.

#### Attitude et réticences des médecins

Les données ont été ajustées sur le sexe, l'âge, l'expérience personnelle du DIU (pour soi-même ou pour sa partenaire), le secteur d'activité (honoraires libres/honoraires conventionnés), la spécialité, le nombre d'année de pratique, la poursuite d'une formation complémentaire sur la contraception au cours des 3 dernières années, une formation sur la pose de DIU, la lecture régulière et fréquente d'une revue médicale, le fait d'avoir reçu ou non un visiteur médical promouvant le DIU.

Les caractéristiques personnelles du praticien influencent de manière statistiquement significative sa prescription de DIU :

- L'expérience personnelle du DIU (pour soi ou sa partenaire) : OR=2,2[1,2-3,9] p=0,007
- Le fait d'être gynécologue plutôt que médecin généraliste: OR=8,1[3,9-17,1] p<0,001
- Le fait d'exercer en Secteur 1 : OR=2,3 [1,1-4,9] p=0,03
- Le fait d'exercer depuis moins de 5 ans : OR=3,3 [1,2-8,9] p=0,02
- Le fait d'avoir suivi 2 formations complémentaires ou plus sur la contraception : OR=2,9 [1,4-5,9] p=0,002
- Le fait d'avoir reçu une formation suffisante sur la pose de DIU : OR=3,6 [2,0-6,5] p<0,001
- Le fait de lire régulièrement une revue médicale : OR= 2,2 [1,2-4,0] p=0,01

Il subsiste des réticences et des méconnaissances du côté des praticiens :

- 83% des praticiens pensent que le DIU est contre-indiqué chez les nullipares (68% des gynécologues et 85% des généralistes)
- 38% pensent que le DIU est associé à un risque élevé d'infection pelvienne
- Seuls 30% pensent que le DIU est la plus efficace des méthodes de contraception
- 52% pensent que le DIU est associé à un risque élevé de grossesse extra-utérine
- 54% pensent que le DIU est confortable d'utilisation



- 71% pensent que le DIU est bien toléré

Ces données montrent les barrières qui conduisent à la sous-utilisation du DIU, aussi bien du côté des patientes que des médecins. Les médecins français sont particulièrement réticents à prescrire le DIU chez les nullipares. Les auteurs soulignent la nécessité d'améliorer l'information des patientes sur les bénéfices et les risques du DIU mais aussi la formation des médecins sur le DIU comme cela a pu être fait notamment aux États-Unis afin d'offrir une contraception plus adaptée notamment chez les femmes jeunes particulièrement exposée au risque de grossesse non désirée.

La thèse de Bautain-Durand(34) avait également étudié les réticences et les connaissances des patientes à l'utilisation du DIU. Elle était basée sur des entretiens semi-directifs auprès de 121 patientes de 18 ans à la ménopause qui consultaient 4 cabinets de médecine générale situés à Paris dans le 10<sup>ème</sup> arrondissement et un cabinet de médecine générale à Pantin en Seine-Saint-Denis et se déroulait de juin 2006 à janvier 2007. Les patientes vivaient à 97% en milieu urbain. Elles étaient suivies par un gynécologue dans 75% des cas et par un médecin généraliste dans 4% des cas seulement. Le médecin généraliste n'était cité comme source d'information que par 2% des patientes et le médecin gynécologue par 36% des patientes. La principale source d'information était l'entourage (82%). L'utilisation du DIU en fonction des caractéristiques sociodémographiques n'a pas été étudiée. Le taux d'opinion favorable semblait augmenter avec le nombre d'enfant, l'âge, le fait d'être en couple et le fait d'avoir reçu une information de la part d'un gynécologue. Elle concluait que malgré un certain nombre de réticences dont les principales étaient la peur de l'inefficacité et la peur des effets secondaires en termes de fertilité, les patientes étaient plutôt bien informées avec 42% qui déclaraient l'être souvent.

## **4.2.2 Sources d'information sur le DIU**

### **4.2.2.1 Une information d'origine diverse et peu fiable pour une part importante des patientes**

L'information reçue sur le DIU est une question majeure puisqu'elle permet de mieux connaître ce moyen de contraception mais aussi de répondre aux réticences éventuelles des patientes.

55% des patientes ont reçu une information sur le DIU d'un professionnel de santé. Cette proportion est encore plus faible chez les femmes jeunes. Parmi ces professionnels de santé on retrouve par ordre de fréquence le gynécologue (43%), le médecin généraliste (11%), la sage-femme (10%), l'infirmière (8%).

La source principale est l'entourage (68%). Les autres sources d'information sont l'école (23%), les médias (19%) et internet (8%).

Il est important de noter qu'ici le professionnel désigné "gynécologue" ou "médecin généraliste" a pu faire l'objet d'une confusion à Provins puisque le médecin du CPEF est médecin généraliste. Il aurait été plus judicieux d'ajouter une proposition "médecin du CPEF" afin de l'identifier clairement dans les sources d'information et de le distinguer du médecin de ville.

### **4.2.2.2 Le rôle limité du médecin généraliste dans l'information sur le DIU**

Dans notre étude, le médecin généraliste ne représentait une source d'information que pour 11% des patientes arrivant en 5<sup>e</sup> position.

Cette question des difficultés du médecin généraliste à aborder la sexualité en consultation et notamment auprès des plus jeunes a été étudiée dans de nombreux travaux<sup>(35)(36)(12)</sup> où les résultats vont dans ce sens. Un groupe de recherche français constitué de médecins généralistes et de psychiatres spécialisés<sup>4</sup> dans la prise en charge des adolescents a étudié cette difficulté pour le médecin généraliste d'aborder cette question de la sexualité auprès des jeunes. Il soulignait ainsi :

---

<sup>4</sup> Groupe ADOC (Adolescents et Conduites à Risque) coordonné par le Dr Philippe Binder, Charentes-Maritimes

*« L'adolescent montre cependant une avidité relationnelle projetée sur ce soignant plutôt idéalisé, mais en méfiance vis-à-vis de l'adulte qui l'impressionne. [...] Dans ce contexte, l'adolescent vit une alternance rapide entre indépendance insolente et dépendance régressive, ou les deux simultanément. [...] Cet ensemble de limites explique que les adolescents, quels que soient le type de jeunes interrogés et le profil de leur médecin, se tournent fort peu spontanément vers leur généraliste pour évoquer leurs conduites à risque »(37).*

Néanmoins, le médecin généraliste ne constitue guère plus une source privilégiée par les patientes plus âgées. Il s'agit donc d'un problème important à prendre en compte afin d'améliorer l'accès à l'information sur la contraception.

#### **4.2.3 Le DIU, un choix par défaut**

Le DIU était utilisé par 11% des patientes ce qui est inférieur au taux d'utilisation retrouvé dans la population française en 2013 (23%).

Nous nous sommes intéressés à l'influence des différentes caractéristiques sociodémographiques et des antécédents obstétricaux (nombre d'enfant) sur le taux d'utilisation du DIU. Ainsi dans notre étude, le taux d'utilisation du DIU était lié avec l'âge, le nombre d'enfant, le niveau d'étude et l'origine ethnique.

Ces données sont également retrouvées dans l'étude de Moreau(33). Dans cette étude, les patientes utilisaient 4 fois plus le DIU si elles étaient suivies par un gynécologue plutôt que par un généraliste. Nous n'avons pu étudié cet impact du suivi sur la prescription de DIU en raison de l'imprécision de la question associée.

Nous tirons 2 conclusions importantes de ces résultats:

1° Le DIU constitue le plus souvent un choix par défaut pour les patientes ayant un faible niveau socio-économique en raison des difficultés d'utilisation de la pilule et aux craintes de grossesse non désirée à la suite d'un oubli.

2° Le DIU est l'objet de méconnaissances et de peurs qui en limitent son utilisation auprès de femmes plus jeunes, sans enfant ou ayant un niveau d'étude élevé qui sont pourtant libres de le choisir.

#### **4.2.4 Des patientes ouvertes à l'idée du DIU**

Seules 6% des patientes se disent "contre" le DIU ce qui montre que malgré les réticences qu'elles peuvent avoir, les patientes ne sont pas a priori opposées au DIU.

#### **4.2.5 La nécessaire prise en compte des réticences pour mieux rassurer et informer les patientes**

La thèse de Denant-Driat(38) a étudié ces réticences grâce à une enquête qualitative auprès de 21 femmes nullipares consultant chez un médecin généraliste. Celle-ci classait les réticences en 5 catégories: le manque d'information, la peur des effets indésirables, le DIU perçu comme une agression, les réticences sociopsychologiques et freins socioculturels, les contre-indications médicales vraies. Elle soulignait dans son travail que la pose du DIU était un des freins cités en premier lieu avec l'ablation. De plus, la nécessité de consulter un professionnel de santé constituait une contrainte majeure face à la pilule considérée comme "plus simple". Toutefois la peur de la pose, reposait en partie sur des présupposés erronés. Certaines patientes pensaient qu'elle devaient poser elle-même le DIU ou ignorait qu'il serait laissé en place 5 années consécutives croyant pour l'une des patientes qu'"il devait être changé tous les 3 mois". D'autres réticences tenaient à la peur des effets indésirables: la douleur de la pose amplifiée par l'entourage, le manque d'efficacité, la peur de le sentir, la peur de la gêne lors des rapports sexuels, la peur qu'il se déplace. Les patientes ressentaient le DIU comme une agression sur le corps, un objet trop invasif susceptible d'entraîner des lésions irréversibles. Certains freins socioculturels constituaient des freins importants comme l'action abortive potentielle du DIU. Cette réticence est marginale dans notre étude puisqu'elle ne concerne qu'une seule patiente sur les 100 ayant donné au moins une réponse.

Notre étude montre le poids important des représentations liées au DIU avec la "peur de la pose" comme réticence principale (39%) notamment chez les patientes les moins diplômées (64%). Dans le même ordre d'idée, la "peur de le sentir" (36%), "la peur que le corps ne l'accepte pas, comme un corps étranger" (35%), la "peur de la gêne lors des rapports sexuels"(29%), la "peur de perte ou de mobilisation" (17%) sont des représentations mentales complexes qui doivent occuper une place importante dans l'information à transmettre aux patientes. Concernant son efficacité de façon significative, 19% des patientes craignent un échec. Il est intéressant de noter que dans l'étude de Bautain-Durand, la "crainte de la pose" et la "gêne liée à la nécessité d'aller chez le médecin pour le retrait", bien que largement commentées par l'auteure, ressortent peu (citées par 14% et 6% des patientes respectivement). En effet, la méthode utilisée (entretien avec un

médecin) induit un biais de mesure, également relevé par l'auteure, qui a pu sous-estimer ces éléments, ce qui illustre l'intérêt de l'anonymat des auto-questionnaires dans ce type d'étude. Pour les autres réticences, les réticences exprimées sont comparables. La connaissance de ces réticences par le médecin est essentielle pour informer de façon adaptée ses patientes.

La peur des effets secondaires notamment la "peur d'avoir des règles abondantes ou douloureuses", la "peur du risque infectieux", la "peur du risque de GEU" sont des éléments qui ne doivent souffrir d'aucune approximation dans les réponses à apporter. Ce sont les données de la littérature que nous avons passées en revue dans notre première partie qui doivent aiguiller pour répondre de façon claire notamment sur le caractère attendu de ces effets secondaires et donc sur la possibilité de les anticiper. Il est important de préciser que dans la majorité des cas le DIU est bien toléré avec des taux de continuation importants retrouvés dans différentes études (77% à 2 ans(39) , 59% à 3 ans(23)). Concernant la possibilité de pose chez une patiente jeune et/ou nullipare il convient de nuancer le propos avec les réserves que l'on peut avoir chez ce type de patientes. Il est intéressant de noter que seules 29% des patientes de moins de 25 ans estiment ne pas avoir l'âge et seules 19% des patientes nullipares estiment qu'elle ne peuvent porter de DIU "n'ayant pas eu d'enfant". Les patientes seraient donc moins réticentes que les médecins eux-mêmes qui rappelons-le pensent à 83% (médecins généralistes et gynécologues confondus) en 2010-2011 que le DIU est contre-indiqué chez la nullipare(33).

Concernant le taux de réponse de 66%, cela pose la question des raisons de non-réponse. En effet, il est fort possible qu'un certain nombre de patientes n'ait pas répondu car elles n'avaient pas de réticences à exprimer, il aurait donc été intéressant d'ajouter la proposition "je n'ai pas de réticences" (4 patientes ont écrit "aucune" dans la proposition "autres").

La crainte d'altération de la fertilité n'est exprimée que par 6% des patientes. Cette proportion est inférieure à celle retrouvée dans l'étude de Moreau où elle est exprimée par 18% des patientes.

#### **4.2.6 Un bon niveau de connaissances sur le DIU malgré une information souvent insuffisante**

Les patientes avaient de bonnes connaissances sur le DIU. Elles connaissaient dans leur majorité son innocuité, son efficacité et l'absence d'interaction médicamenteuse avec les AINS. De même, elles savaient à 65% que la nulliparité ne constituait pas une contre-indication. Ces données vont à l'encontre de celles de l'étude de Moreau basée sur un échantillon randomisé de patientes, qui retrouvait l'inverse à savoir que 57% des patientes pensaient que le DIU était réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants. Ceci peut s'expliquer par un biais de sélection de notre échantillon: il est probable que les patientes venant à une consultation spécialisée à l'hôpital ou dans un CPEF sont plus informées que la population en général. Enfin, bien que seules 24% des patientes savaient que le DIU peut-être utilisé comme contraception d'urgence, ce niveau est nettement supérieur à celui retrouvé par Bautain-Durand (3%), et excellent compte-tenu de son utilisation peu fréquente dans cette indication.

## 4.3 Perspectives

### 4.3.1 Un socle de connaissances des patientes à améliorer

Notre étude montre une bonne connaissance du DIU par les patientes avec des réticences parfois légitimes qu'il convient de mieux prendre en compte dans une démarche d'accompagnement et de conseil en vue d'une contraception. Un choix éclairé en matière de contraception nécessite en effet une information de qualité sur les différents moyens de contraception disponibles. A l'heure actuelle, il existe un cadre légal pour l'éducation à la contraception. La loi du 4 juillet 2001, complétée par la circulaire du 17 février 2003, fait de l'éducation à la sexualité une obligation légale tout au long de l'enseignement primaire et secondaire, à raison d'au moins trois séances par an et par niveau. Cette loi semble actuellement faiblement appliquée(2)(12). Un rapport de l'HAS pointait cette insuffisance : *« [les] programmes d'éducation à la sexualité (...) sont appliqués de manière inhomogène sur le territoire et ne font pas l'objet d'évaluation. Aussi, en sont exclues certaines populations de jeunes comme les apprentis, élèves des maisons familiales et rurales, ainsi que les jeunes en rupture familiale et/ou situation socio-économique précaire. »*

La rapport de Naves(1) décrivait ainsi les conditions actuelles d'éducation à la sexualité dans les écoles: *« Au collège et au lycée, ces modules sont censés être assurés par des personnels associatifs ou de santé. Or l'organisation des séances d'éducation à la sexualité semble se heurter à des difficultés matérielles et logistiques : intégration dans le programme et la vie scolaires ; financement ; articulation entre l'équipe éducative et les intervenants extérieurs ; mobilisation des collectivités et organismes concernés (Éducation nationale, Conseils généraux et régionaux, assurance maladie...), entre lesquels les compétences ne sont pas toujours clairement réparties. Enfin, les associations de parents d'élèves seraient parfois réticentes à la tenue de cours d'éducation sexuelle. Par conséquent, il semblerait que ces cours ne soient pas régulièrement assurés avant la classe de quatrième , ce qui, de l'avis des spécialistes, est déjà tardif pour lutter contre les préjugés et prévenir la violence. »*



#### **4.3.2 Le médecin généraliste, un acteur de premier plan en matière de contraception**

Alors que le nombre de gynécologues est insuffisant pour faire face à la demande de soins gynécologiques, la gynécologie constitue une part importante de l'activité du médecin généraliste. Les chiffres donnés par un rapport de l'IGAS en 2009 permettent de mieux appréhender cette question(9). Ainsi, le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste est estimé à 3,6 par femme et par an. Près de 3800000 actes gynécologiques par an sont dispensés par des médecins généralistes, dont 35% concernent la contraception. Le rapport soulignait ainsi : « *La gynécologie obstétrique fait donc partie de la pratique courante des généralistes, surtout des femmes. Une interrogation menée auprès de 242 médecins généralistes du Val d'Oise fait état d'une fréquence hebdomadaire pour 40% d'entre eux et quotidienne pour 18%. Ces pourcentages atteignent 49% et 32 % pour les généralistes femmes* ». Néanmoins, comme le montre l'étude de Moreau(33), le manque de formation en matière de contraception, associé à l'existence de méconnaissances et de réticences aussi bien chez les médecins généralistes que chez les gynécologues constitue un frein majeur à l'usage du DIU. De même en 2002 Levasseur(40) avait réalisé une étude sur l'exercice de la gynécologie en médecine générale auprès de médecins généralistes bretons. Au-delà des réticences et de l'investissement que chaque praticien met dans ce domaine d'activité, il relevait le manque de formation des médecins généralistes dans ce domaine ce qui, avec la baisse du nombre de spécialistes, menacerait à terme l'accès à la gynécologie de base.

Au total, il est nécessaire de revoir la place donnée à ces problématiques gynécologiques dans la formation médicale initiale et continue des médecins généralistes. Toutefois, l'investissement des médecins généralistes dans l'éducation à la contraception ne pourrait être amélioré sans une volonté politique de valorisation de cette prise en charge qui est complexe, globale et demande du temps.

## Conclusion

Le dispositif intra-utérin fait l'objet de réticences de la part de certaines patientes qu'il convient d'identifier. On pourra ainsi leur fournir une information pertinente dans une démarche d'accompagnement pour mieux choisir un moyen de contraception.

Les principales réticences sont par ordre de fréquence la peur de la pose, la peur de le sentir, la peur que le corps ne l'accepte pas comme un corps étranger, la peur d'une gêne lors des rapports sexuels.

Les patientes savent pour la plupart que le stérilet est un moyen de contraception sûr, efficace, n'ayant aucune interaction médicamenteuse et qu'il peut être utilisé chez les femmes nullipares.

Les femmes sont bien informées sur l'existence de ce moyen de contraception mais relativement peu (55%) en ont parlé avec un professionnel de santé.

Les patientes utilisatrices de DIU sont dans leur quasi-totalité satisfaites et lui reconnaissent son confort d'utilisation, son efficacité et sa bonne tolérance.

Toutefois le DIU reste un choix par défaut chez des patientes qui souhaitent ne plus prendre la pilule ou pour celles qui ont des difficultés socioéconomiques qui les exposent à un risque plus important d'échec de la pilule.

Alors que les patientes sont dans l'ensemble plutôt intéressées par le DIU, il subsiste des résistances du côté de certains médecins généralistes et gynécologues qui en limitent l'utilisation.

Afin que chaque patiente puisse bénéficier d'une méthode de contraception qui lui soit la plus adaptée, il est important de développer la formation des médecins généralistes notamment à l'éducation à la contraception. Or, il s'agit d'un domaine qui nécessite un investissement qui semble peu compatible avec la pratique de la plupart des médecins généralistes faute de temps. Pour palier cette insuffisance, il faudrait valoriser ces consultations longues de prévention et d'éducation comme cela peut être fait pour les consultations de suivi de pathologies chroniques par exemple.

## Bibliographie

1. Naves M, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception? Note Anal. 2011;(226).
2. Le nombre d'IVG toujours en hausse chez les mineures, faute de prévention [Internet]. <http://www.liberation.fr>. [cited 2014 Jan 3]. Available from: [http://www.liberation.fr/societe/2012/02/16/le-nombre-d-ivg-toujours-en-hausse-chez-les-mineures-faute-de-prevention\\_796423](http://www.liberation.fr/societe/2012/02/16/le-nombre-d-ivg-toujours-en-hausse-chez-les-mineures-faute-de-prevention_796423)
3. Amsellem-Mainguy Yaëlle, « Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes », Informations sociales 3/ 2011 (n° 165-166), p. 156-163 URL : [www.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-3-page-156.htm](http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-3-page-156.htm).
4. BAJOS N, MOREAU C, LERIDON H, FERRAND M, =Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Unité 569. Ifr 69. Paris. FRA, =Institut de recherche sur les sociétés contemporaines. Paris. FRA, et al. Pourquoi le nombre d'avortements n'a t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Bull Epidemiol Hebd. 2005 Mar 8;(9-10):38–40.
5. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, The COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 2003 May 1;18(5):994–9.
6. Dorflinger LJ. New developments in contraception for US women. Contraception. 2013 Mar;87(3):343–6.
7. L.B. Finer, M.R. Zolna / Contraception 84 (2011) 478–485.
8. Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. Sociétés Contemp. 2006 Mar 1;n° 61(1):91–117.
9. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées: contraception et contraception d'urgence. Rapp IGAS. 2009;
10. N. Bajos. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Sociétés Numéro 511 Mai 2014.
11. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Agence de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national de prévention et d'éducation en s anté. Stratégies de choix des méthodes contraceptives che z la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_contrac eption\\_vvd-2006\\_2006\\_10\\_27\\_\\_12\\_57\\_59\\_515.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_contrac eption_vvd-2006_2006_10_27__12_57_59_515.pdf).
12. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des prat iques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception\\_freins\\_reco2clics-5.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf).
13. Prioux France, Barbieri Magali, « L'évolution démographique récente en France : une

mortalité relativement faible aux grands âges », *Population* 4/ 2012 (Vol. 67), p. 597-656.

14. A. Vilain et al., *Les IVG en France en 2007: caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge*, DREES, 2010.
15. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* [Internet]. Institut National d'Études Démographiques (INED); 2012 [cited 2013 Dec 21]. Report No.: 492. Available from: <http://ideas.repec.org/p/idg/posocf/492.html>
16. Nations unies, *World contraceptive use*, 2009.
17. M.E. Ortiz, H.B. Croxatto. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contracept* 75 2007 S16–S30.
18. Guttinger A, Critchley HO. Endometrial effects of intrauterine levonorgestrel. *Contracept* 2007 Jun 75(6 Suppl S93-8 Epub 2007 Mar 23).
19. ARHP Commentary — Thinking (Re)Productively / *Contraception* 89 (2014) 237–241.
20. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Hum Reprod*. 2007 Sep 1;22(9):2422–7.
21. French R, Sorhaindo AM, van Vliet HAAM, Mansour DD, Robinson AA, Logan S, et al. Progestogen-releasing intrauterine systems versus other forms of reversible contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 Issue 3 CD001776.
22. HAS. *Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles*. 2013.
23. Aoun. Effects of Age, Parity, and Device Type on Complications and Discontinuation of Intrauterine Devices. *Obstet Gynecol Numéro Vol* 1233 March 2014 P 585–592.
24. Boudineau M, Multon O et Lopes P. *Contraception par dispositif intra-utérin*. Encycl Méd Chir Ed Sci Médicales Elsevier SAS Paris Tous Droits Réservés Gynécologie 738--09 2001 7 P.
25. Société des, obstétriciens et gynécologues du Canada. *Pratiques optimales en vue de minimiser le risque d'infection au moment de l'insertion d'un dispositif intra-utérin*. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36:3e1–e11.
26. The American College of, Obstetricians and Gynecologists. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group. *Comm Opin No* 539 Oct 2012.
27. R Mestad et al. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contracept* Vol 84 Issue 5 Novemb 2011 Pages 493–498.

28. CNGOF. Recommandation pour la pratique clinique, Prise en charge de la grossesse extra-utérine (2003).
29. IGAS. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan. Juin 2011.
30. E. Davie. Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement. Popul-F 65 3 2010 475-512.
31. C. Beauchemin. Trajectoires et origines, enquête sur la diversité des populations en France. Octobre 2010 INSEE-INED.
32. INSEE. Immigrés et descendant d'immigrés en France. Octobre 2012.
33. C. Moreau et al. IUD use in France: women's and physician's perspectives. Contracept 89 2014 9–16.
34. S. Bautain-Durand. Connaissances et réticences concernant le dispositif intra-utérin : enquête d'opinion auprès de 121 femmes de 18 ans à la ménopause de juin 2006 à janvier 2007 en cabinets de médecine générale. Thèse Médecine Générale Univ Paris VII 2007.
35. M. Potey. Rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité: freins et attentes de collégiens de classe de 3e de l'agglomération grenobloise. Thèse Médecine Générale Univ Grenoble 2011.
36. Z. Hami. Les Adolescents et la contraception : place du médecin généraliste dans l'information et la prévention. Thèse Médecine Générale Univ Paris XIII 2013.
37. P. Binder. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005 Tome 55.
38. D. Denant-Driat. Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale. Thèse Médecine Générale Univ Versailles St-Quentin En Yvelines 2012.
39. O'Neil-Callahan. Twenty-Four-Month Continuation of Reversible Contraception. Obstet Gynecol Numéro Vol 1225 Novemb 2013 P 1083–1091.
40. G. Levasseur. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique 2005 Vol 17 N O 1 Pp 109-119.

## **ANNEXES**

## Annexe 1 - Questionnaire

### Questionnaire sur la contraception En vue d'un travail de thèse de doctorat en médecine

Bonjour,

Je vous serais très reconnaissant de remplir ce questionnaire.

Ce questionnaire est **anonyme** et fera l'objet de ma thèse de doctorat en médecine.

Pour commencer j'ai besoin de quelques informations sur vous car je vais interpréter les réponses par groupes d'âge, d'origine géographique etc.

Si vous avez des questions complémentaires vous pouvez solliciter votre médecin.

En vous remerciant par avance,

Tristan du Mesnil,

Interne en Médecine Générale, Université Paris Descartes

#### Partie 1

#### MA CONTRACEPTION ET MOI

1. Age

- ☐ Moins de 18 ans    ☐ 18-24 ans    ☐ 25-39 ans    ☐ 40-45 ans

2. Nombre d'enfant : .....

3. Statut marital :    ☐ Célibataire    ☐ En couple non cohabitant    ☐ En couple cohabitant

4. Zone d'habitation :    ☐ Urbaine    ☐ Rurale    ☐ Semi Rurale

5. Origine ethnique :    ☐ Europe    ☐ Afrique du nord    ☐ Amérique du nord  
                                  ☐ Afrique    ☐ Asie    ☐ Amérique du sud  
                                  ☐ Océanie    ☐ DOM/TOM

6. Niveau d'étude :    ☐ Pas de diplôme, CEP    ☐ DUT, BTS  
                                  ☐ BEPC/brevet des collèges    ☐ Etudes supérieures  
                                  ☐ Bac, brevet professionnel  
                                  ☐ CAP, BEP

7. Profession :    ☐ Agricultrice    ☐ Artisan,    Commerçant    Libéral,    Chef  
                                  d'entreprise  
                                  ☐ Profession intermédiaire    ☐ Cadre, Profession intellectuelle supérieure  
                                  ☐ Employée    ☐ Ouvrière  
                                  ☐ Etudiante    ☐ Sans emploi

8. Quel(s) moyen(s) de contraception utilisez-vous actuellement? (une ou plusieurs cases)

- ☐ Pilule    ☐ Implant  
☐ Préservatif masculin    ☐ Préservatif féminin  
☐ Stérilet    ☐ Diaphragme, Spermicide  
☐ Autre(précisez.....)    ☐anneau, patch

☐ Pas de contraception, Pourquoi ? :

9. Qui assure votre suivi gynécologique ?

☐ Gynécologue    ☐ Médecin généraliste    ☐ Pas de suivi gynécologique

→Où?    ☐ A l'hôpital    ☐ En cabinet de ville    ☐ Dans un centre de planning familial

10. Avez-vous déjà entendu parler du stérilet ?

☐ Jamais    ☐ Occasionnellement    ☐ Souvent

Par qui en avez-vous entendu parler ?

- ☐ Un(e) Gynécologue    ☐ Un(e) Médecin généraliste  
☐ Une Sage Femme    ☐ Un(e) Infirmier(e)  
☐ Ami/Parent    ☐ Internet  
☐ Les médias (journaux, radios, tv)    ☐ Ecole  
☐ Autres:.....

11. Savez-vous ce qu'est un stérilet ?    ☐ Oui    ☐ Non

⇒ *Si vous avez répondu oui vous pouvez passer à la partie 2 (page suivante).Sinon, merci beaucoup pour vos réponses.*



## Partie 2

## LE STÉRILET

### 1. Avez-vous déjà porté un stérilet ?

☐ Oui

-Si vous ne le portez plus, pourquoi?

☐ Non

### 2. Si vous portez un stérilet, lequel ?

☐ Stérilet au cuivre

☐ Stérilet au Levonorgestrel (Mirena®)

☐ Je ne sais pas

• Depuis combien de temps? ☐ Moins d'1 an ☐ 1 à 3 ans ☐ 4 à 5 ans ☐ Plus de 5 ans

• A-t-il déjà été renouvelé ? ☐ Oui ☐ Non

• Qui l'a posé ? ☐ Un gynécologue ☐ Un médecin généraliste  
☐ Je ne me souviens pas ☐ Je ne sais pas

• Où a-t-il été posé ? ☐ cabinet de ville ☐ centre de planning familial  
☐ hôpital

• Etes-vous satisfait de ce mode de contraception ?

☐ Oui, car...

☐ Non, car...

### 3. Pour quelle(s) raison(s) vous a-t-on conseillé ou posé un stérilet ?

☐ Je ne peux pas prendre la pilule : obésité, HTA, diabète, hypercholestérolémie, tabac, autres... (précisez:.....)

☐ J'ai trop souvent des oublis de pilule

☐ On me l'a conseillé après mon IVG

☐ On me l'a conseillé à la place de la pilule du lendemain

☐ J'avais des règles abondantes ou douloureuses

☐ J'ai moi-même demandé qu'on m'en pose un

☐ Autres:

4. Pour quelle(s) raison(s) d'après vous conseille-t-on un stérilet ?

- ☐ Pour les femmes qui ne peuvent pas prendre la pilule : obésité, HTA, diabète, hypercholestérolémie, tabac, autres... (Précisez :.....)
- ☐ Pour les femmes qui oublient trop souvent leur pilule
- ☐ Pour les femmes qui ont eu une ou des grossesses non désirées parce qu'elle n'utilise pas ou mal la contraception
- ☐ A la place de la pilule du lendemain
- ☐ Pour les femmes qui ont des règles abondantes ou douloureuses
- ☐ Pour les femmes qui en font la demande
- ☐ Autres:

5. Par rapport au stérilet, diriez-vous que vous êtes :

- ☐ Plutôt pour                      ☐ Plutôt contre                      ☐ Ni pour, ni contre

6. Quelles sont ou pourraient être vos réticences concernant le stérilet ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ Je suis dérangée par la nécessité d'aller chez le médecin pour me le faire enlever
- ☐ Je n'ai pas l'âge pour porter un stérilet
- ☐ Je pense que je ne peux pas en avoir un car je n'ai jamais eu d'enfant
- ☐ Je risque d'attraper une infection à cause du stérilet
- ☐ J'ai peur d'avoir des règles plus abondantes et plus douloureuses
- ☐ J'ai peur de faire une grossesse extra-utérine
- ☐ J'ai peur que ça ne marche pas et d'être enceinte quand même
- ☐ J'ai peur de la pose
- ☐ J'ai peur que mon corps n'accepte pas de recevoir le stérilet (comme un « corps étranger »)
- ☐ J'ai peur de le sentir trop ou qu'il me fasse mal
- ☐ J'ai peur qu'il me gêne moi ou mon partenaire lors des rapports sexuels
- ☐ J'ai peur qu'il bouge dans mon corps ou qu'il sorte tout seul
- ☐ J'ai peur de ne plus pouvoir avoir d'enfant après
- ☐ Je pense qu'il s'agit d'un avortement et je suis contre l'avortement
- ☐ J'ai besoin de prendre des anti-inflammatoires régulièrement
- ☐ Autres:

7. Répondez par oui ou par non :

- Pensez-vous que le stérilet peut vous donner un cancer ? ☐ Oui
- Pensez-vous que le stérilet peut vous donner de l'hypertension ? ☐ Oui
- Pensez-vous que le stérilet est un moyen de contraception efficace ? ☐ Oui
- Pensez-vous que le stérilet peut être posé chez une femme qui n'a jamais eu d'enfant ? ☐ Oui
- Pensez-vous que le stérilet peut être utilisé à la place de la pilule du lendemain ? ☐ Oui
- Pensez-vous que l'on ne peut pas utiliser d'anti-inflammatoire avec un stérilet (comme l'ADVIL, l'IBUPROFENE, le NUROFENE, la cortisone...) ? ☐ Oui

**Merci.**





## Annexe 2 – Tableau des caractéristiques des patientes

Caractéristiques des participantes de l'études				
	Provins	Port-Royal	Ensemble	p
Age				
<18 ans	19 (25,3%)	1 (1,3%)	20 (13,3%)	<0,01
18-24 ans	19 (25,3%)	12 (16%)	31 (20,7%)	
25-39 ans	30 (40%)	50 (66,6%)	80 (53,3%)	
40-45 ans	7 (9,3%)	12 (16%)	19 (12,7%)	
Parité				
nullipare	37 (49,3%)	48 (67,6%)	85 (58,2%)	0,065
1 enfant	10 (13,3%)	8 (11,3%)	18 (12,3%)	
2 enfants ou plus	28 (41,3%)	15 (21,1%)	43 (29,5%)	
Statut marital				
Célibataire	15 (20,8%)	30 (40,5%)	45 (30,8%)	<0,01
En couple cohabitant	25 (34,7%)	6 (8,1%)	31 (21,2%)	
En couple non cohabitant	32 (44,4%)	38 (51,4%)	70 (48%)	
Zone d'habitation				
urbaine	31 (46,3%)	65 (89%)	96 (68,6%)	<10-7
rurale	23 (34,3%)	5 (6,8%)	28 (20%)	
Semi-rurale	13 (19,4%)	3 (4,2%)	16 (11,4%)	
Origine				
Europe	45 (60%)	49 (66,2%)	94 (63,1%)	0,083
Afrique	15 (20%)	6 (8,1%)	21 (14%)	
Afrique du Nord	3 (4%)	6 (8,1%)	9 (6%)	
Asie		4 (5,4%)	4 (2,7%)	
DOM/TOM	9 (12%)	8 (10,8%)	17 (11,4%)	
Amérique du Nord	1 (1,3%)	-	1 (0,7%)	
Amérique du Sud	2 (2,7%)	1 (1,4%)	3 (2%)	
Niveau d'étude				
Bac ou inférieur ou sans diplôme	45 (62,5%)	13 (17,6%)	58 (39,7%)	<0,01
CAP, BEP	11 (15,3%)	9 (12,2%)	20 (13,7%)	
DUT, BTS	6 (8,3%)	5 (6,8%)	11 (7,5%)	
Etudes supérieures	10 (13,9%)	47 (63,4%)	57 (39,1%)	
Profession				
Profession inter	-	3 (4,1%)	3 (2%)	ns
Employée	21 (28,4%)	28 (37,8%)	49 (33,1%)	
Etudiante	22 (29,7%)	12 (16,2%)	34 (23%)	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	1 (1,4%)	3 (4,1%)	4 (2,7%)	
Cadre, profession intellectuelle sup	1 (1,4%)	20 (27%)	21 (14,2%)	
Sans emploi	29 (39,2%)	8 (10,8%)	37 (25%)	






## Annexe 3 - Tableau des différentes méthodes contraceptives

Source: choisirsacontraception.fr






# LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p><b>DIU (Dispositif Intra-Utérin)</b> Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.</p>	<p><b>PRIX<sup>1</sup></b> DIU au cuivre : 30,50 €. DIU hormonal : 125,15 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> ; et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup> ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Delivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>PILULE CONTRACEPTIVE</b> Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules œstroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>De 1,88 à 14 €/mois. Certaines sont remboursées à 65 %. Gratuites : • pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> ; et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup> ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</p>	<p>Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum. Le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum.</p>
 <p><b>PATCH CONTRACEPTIF</b> Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4<sup>e</sup> semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 15 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Delivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>IMPLANT CONTRACEPTIF</b> Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>106,44 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> ; et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup> ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</p>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Delivré sur ordonnance en pharmacie.</p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013. <sup>2</sup> Pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayants droit. <sup>3</sup> Centres de planification et d'éducation familiale.

LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p><b>ANNEAU VAGINAL</b> Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4<sup>e</sup> semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son utilisation sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ <b>16 €/mois</b>. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
  <p><b>DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE</b> Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.</p>	<p>Diaphragme : <b>environ 45 €</b>. Remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale : <b>environ 60 €</b>. Non remboursée.</p>	<p>Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF<sup>2</sup>. Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.</p>
 <p><b>PRÉSERVATIF MASCULIN</b> En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>À partir de <b>56 cts</b> le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF<sup>2</sup> et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur internet.</p>
 <p><b>PRÉSERVATIF FÉMININ</b> Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>Environ <b>8,70 €</b> la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF<sup>2</sup> et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie et sur internet.</p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2015. <sup>2</sup> Centres de planification et d'éducation familiale.

LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p><b>ANNEAU VAGINAL</b> Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4<sup>e</sup> semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode contraceptive car il contient deux types d'hormones : un œstrogène et un progestatif. Son utilisation sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ <b>16 €/mois</b>. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
  <p><b>DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE</b> Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.</p>	<p>Diaphragme : environ <b>45 €</b>. Remboursé sur la base de <b>3,14 €</b>. Cape cervicale : environ <b>60 €</b>. Non remboursée.</p>	<p>Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivré sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF<sup>2</sup>. Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.</p>
 <p><b>PRÉSÉRVATIF MASCULIN</b> En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>À partir de <b>56 cts</b> le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF<sup>3</sup> et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur internet.</p>
 <p><b>PRÉSÉRVATIF FÉMININ</b> Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>Environ <b>8,70 €</b> la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF<sup>3</sup> et les centres de dépistage (centres de dépistage anonyme et gratuit et centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie et sur internet.</p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2013. <sup>2</sup> Centres de planification et d'éducation familiale.

## RESUME

**Introduction:** En France, une grossesse sur trois est non désirée. Parmi ces grossesses, les deux tiers surviennent malgré l'utilisation d'un moyen de contraception. Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen de contraception sûr, efficace et bien toléré. Ce travail avait pour objectif d'identifier les réticences et les connaissances des patientes sur le DIU.

**Méthode:** enquête descriptive réalisée à partir d'auto-questionnaires remplis par 150 patientes âgées de moins de 45 ans consultant un centre hospitalo-universitaire parisien et le centre de planification et d'éducation familiale de Provins (ville moyenne de 12000 habitants).

**Résultats:** Les principales réticences exprimées étaient par ordre de fréquence: la peur de la pose(39%), la peur de le sentir(36%), la peur que le corps ne l'accepte pas comme un corps étranger(35%), la peur d'une gêne lors des rapports sexuels(29%). Les patientes savaient dans leur quasi-totalité que le DIU est sûr et efficace. 65% des patientes savaient qu'il peut être utilisé chez les patientes nullipares. 96% des patientes disaient avoir déjà été informées sur le DIU. 48% des patientes étaient favorable au DIU. 16 patientes (14%) utilisaient le DIU. Les facteurs qui influençaient le taux d'utilisation du DIU étaient le nombre d'enfant, l'âge, le niveau d'étude et l'origine ethnique.

**Conclusion:** Le DIU est bien connu des patientes, mais fait l'objet de réticences auxquelles tout médecin devrait pouvoir répondre afin d'améliorer l'efficacité contraceptive pour éviter la survenue de grossesses non désirées.

Knowledge and reticence about the use of the intrauterine device : a descriptive survey of 150 patients consulting at a Parisian university hospital and at the family planning center of Provins (Seine-et-Marne)

**Introduction:** In France, one in three pregnancies is unintended. Among these pregnancies, two-thirds occur despite the use of contraception. The intrauterine device (IUD) is a safe, effective and well-tolerated mean of contraception. This work aimed to identify the reticence and knowledge of women about the use of an IUD.

**Method:** Descriptive survey from self-administered questionnaires completed by 150 patients younger than 45 years consulting at a Parisian university hospital and at the family planning center of the small city of Provins (population 12,000).

**Results:** The main concerns voiced by order of frequency were: fear of the laying (39%), fear of feeling the IUD(36%), fear that the body does not accept the IUD as a foreign body (35%), fear of discomfort during sexual intercourse (29%). Most patients knew that the IUD is safe and effective. 65% of patients knew it could be used in nulliparous patients. 96% of patients said they had ever been informed about the IUD. 48% of patients were favorable to the IUD. 16 patients (14%) were using the IUD. The factors that influenced the rate of IUD use were the number of children, age, education level and ethnicity.

**Conclusion:** The IUD is well known by women, but it remains reticence to which any doctor should be able to respond to improve contraceptive efficacy in order to prevent the occurrence of unintended pregnancies.

**Discipline:** MEDECINE GENERALE

**Mots-clés:** dispositif intra-utérin, contraception, enquête, réticences, connaissances, femmes, adultes, Ile-de-France

**Key words:** intrauterine device, contraception, survey, women, adults, knowledge, reticence, Ile-de-France

**Adresse de l'UFR:** Faculté Paris-Descartes, 15 rue de l'Ecole de Médecine, 75006 Paris